

バスキュラーアクセス初診申込書

TEL : 047-470-5115 FAX : 047-470-5112

(FAX送信者) 西暦 年 月 日

施設名			
フリガナ	性別		
患者氏名	男 ・ 女		
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	才
TEL	本人(自宅) (携帯)		
	家族(続柄)	受診時付添	無・有(続柄)
	施設(施設名)		
アクセスの種類	(右・左)	(AVF・AVG)	(表在化・長期カテ)
作成日	① 年 月 日	病院名 ()	
	② 年 月 日	病院名 ()	
透析導入日	年 月 日	病院名 ()	
透析日	(. .) 曜日	AM	PM 夜間
PTA歴(有・無)	① 年 月 日	病院名()	
	② 年 月 日	病院名()	
	③ 年 月 日	病院名()	
造影剤アレルギー	無・有・不明	薬剤アレルギー	無・有・不明
ペースメーカー	無・有(右 左)	薬品名	
感染症	検査日(西暦 年 月 日) ※1年未満のデーター		
	HBs (+ / -) HCV (+ / -) ワ氏 (+ / -)		
ADL	自立・杖歩行・車椅子・ストレッチャー		
認知症	無 ・ 有		
体調の変化	無		
	有 (<input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 1週間以内の発熱 <input type="checkbox"/> 感冒症状 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> レベル低下 <input type="checkbox"/> その他		

診療内容	1. フォロー希望 (透析問題なし)	
	2. アクセストラブル 穿刺困難・V圧上昇・閉塞 ・シャント瘤 シャント音(減弱/狭窄音) ・脱血不良・感染	
受診希望日時	① 月 日 () AM・PM	② 月 日 () AM・PM
	③ いつでも可	

※緊急治療を要する場合患者様ご本人での車の運転は控えていただくようお願いいたします。

バスキュラーアクセス初診申込書をFAX後お電話をお願い致します。

津田沼血管クリニック