

# シャントトラブルチェックリスト

依頼日 年 月 日

この用紙の FAX 後、電話連絡して下さい

名城血管外科クリニック  
〒462-0844 名古屋市北区清水2丁目7-7  
TEL: 052-325-8866  
FAX: 052-325-8867

紹介元施設名 \_\_\_\_\_

問い合わせ担当者 \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_

## ◆患者情報

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名		生年月日	年 月 日
連絡先	TEL( _____ )		
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> HBs 抗原陽性 <input type="checkbox"/> HCV 抗体陽性 <input type="checkbox"/> その他( _____ )		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 造影剤アレルギー有 <input type="checkbox"/> その他( _____ )		
禁忌薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( _____ )		
内服薬	<input type="checkbox"/> 抗血小板剤 <input type="checkbox"/> ワーファリン(PT-INR 値 _____ ) <input type="checkbox"/> ステロイド( _____ )		
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 担送 <input type="checkbox"/> 家族の付き添い有		
認知機能等	<input type="checkbox"/> 障害無 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他( _____ )		

## ◆透析情報

透析日	<input type="checkbox"/> 月・水・金 <input type="checkbox"/> 火・木・土	最終透析日( _____ 月 _____ 日)
アクセス	<input type="checkbox"/> 左腕 AVF <input type="checkbox"/> 左腕 AVG <input type="checkbox"/> 右腕 AVF <input type="checkbox"/> 右腕 AVG <input type="checkbox"/> その他( _____ )	
前回 PTA	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (施行日① _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・ 施行日② _____ 年 _____ 月 _____ 日)	
問題点	<input type="checkbox"/> 狭窄音 <input type="checkbox"/> シャント音低下 <input type="checkbox"/> 静脈圧高値 <input type="checkbox"/> 脱血不良 <input type="checkbox"/> 穿刺困難 <input type="checkbox"/> 止血困難 <input type="checkbox"/> シャント閉塞 <input type="checkbox"/> 感染疑い <input type="checkbox"/> シャント瘤	

## ◆手術になった場合の術後管理

希望しない 名城血管外科クリニックで行う Pt に一任

その他ご希望がありましたらご記入ください

担当医 \_\_\_\_\_

※ 紹介状、処方記録、直近3回分の透析記録、採血結果を同封のうえ来院してください