

この用紙を 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()	血液型	
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()		

◆病歴等

原疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 腎硬化症 <input type="checkbox"/> 糸球体腎炎 <input type="checkbox"/> その他()
既往症	<input type="checkbox"/> 糖尿病(インスリン <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 心疾患() <input type="checkbox"/> 脳疾患() <input type="checkbox"/> 胸部手術歴(<input type="checkbox"/> ペースメーカー・ICD <input type="checkbox"/> その他)
透析予定	<input type="checkbox"/> なるべく早く <input type="checkbox"/> 約1か月後 <input type="checkbox"/> 約3か月後 <input type="checkbox"/> 透析導入後
特記事項	

◆抜糸までの術後管理

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、処方箋、最新の採血結果、あれば心エコーを同封のうえ来院してください