

名城血管外科クリニック連絡書

依頼日 年 月 日
受診予定日 年 月 日

来院までに、この用紙をFAXして下さい。

名城血管外科クリニック
〒462-0844 愛知県名古屋市中区清水2丁目7-7
TEL : 052-325-8866
FAX : **052-325-8867**

御紹介元施設名 :
TEL :
FAX :
御担当者 :

◆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
電話番号				
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 ()	
ADL	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	
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 ()
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ⇒部位	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> リードレス

◆透析情報

透析日	<input type="checkbox"/> 月・水・金	<input type="checkbox"/> 火・木・土	最終透析日 (年 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 ()
名城血管外科 クリニック以外での PTA	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(施行日① 年 月 日・施行日② 年 月 日)		
依頼内容	<input type="checkbox"/> シャント閉塞	<input type="checkbox"/> 狭窄、狭窄音	<input type="checkbox"/> シャント音低下	<input type="checkbox"/> 脱血不良 <input type="checkbox"/> 穿刺困難
	<input type="checkbox"/> 静脈圧高値	<input type="checkbox"/> 止血困難	<input type="checkbox"/> 感染疑い	<input type="checkbox"/> シャント瘤 <input type="checkbox"/> 定期診察

◆特記事項

前回受診時から状態に変化があれば記載して下さい。術後のfollow up、抜糸などのご希望があれば記載して下さい。
(別紙紹介状に記載して頂いても構いません。)

※初診の場合 : 紹介状、内服内容、3回分の透析記録、採血結果を添付して下さい。

※再診の場合 : 1回分の透析記録を添付して下さい。