

シャントエコー/シャントPTA申込書 (Fax)

*閉塞時など緊急の際にはFaxの後に下記までお電話ください。

紹介元医療機関名	
担当医師名	
TEL	
Fax	

申込日	西暦	年	月	日
申込内容	<input type="checkbox"/> シャントエコー <input type="checkbox"/> シャントPTA(既にエコー済みまたは閉塞疑い)			

受診希望日 (基本的に非透析日でお願いします)					
第1希望	西暦	年	月	日	時頃
第2希望	西暦	年	月	日	時頃
第3希望	西暦	年	月	日	時頃

(診療時間：月～金 9：00～17：00、第2・4土曜 9：00～12：00 となります)

▶送迎：必要 不必要 ▶車イス：必要 不必要 ▶付添い：あり なし

送迎先住所	
連絡がとれる電話番号	

《患者様情報》

フリガナ 患者氏名					□男 □女
生年月日	西暦	年	月	日	()歳
	M/T/S/H				
住所					
電話番号					
透析日	<input type="checkbox"/> 月・水・金 <input type="checkbox"/> 火・木・土 <input type="checkbox"/> その他()				
感染症	□無、□有【□HBs抗原、□HCV抗体、梅毒(□TP抗体、□RPR)】				
アレルギー	造影剤アレルギー【□無、□有】 その他アレルギー()				
シャント造設日	年	月	日	()病院【□右、□左】	
最終シャントPTA	年	月	日	()病院	
ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車イス				
現在の問題点など	QB不良【□有、□無】 現在QB(ml/min),通常時QB(ml/min)				
	静脈圧上昇【□有、□無】 現在静脈圧(mmHg),通常時静脈圧(mmHg)				
	止血困難【□有、□無】 穿刺困難【□有、□無】				
	シャント肢腫脹【□有、□無】 透析効果不良【□有、□無】				
	その他()				

〒630-8214 奈良県奈良市東向北町25-1コンフォート吉村1F

近鉄奈良駅前クリニック

Tel 0742-81-9330 Fax 0742-81-9332