

VAクリニック愛知 診療予約申込書(初診用)

依頼日 年 月 日

紹介元医療機関名：
 医師名：
 問い合わせ担当者：

T E L :
 F A X :

患者基本情報

フリガナ		性別	男	・	女
患者氏名		血液型	A・B・O・AB	Rh	+・-
		電話番号			
生年月日	年 月 日	緊急連絡先			

患者個人情報

受診時の交通手段	徒歩 ・ 自家用車 ・ 電車 ・ その他 ()				
ADL	自立 ・ 杖歩行 ・ 車いす ・ ストレッチャー				
感染症	HBs抗原 (+・-・不明) HBs抗体 (+・-・不明) HCV抗体 (+・-・不明) TPHA (+・-・不明) MRSA (+・-・不明)				
アレルギー	無 ・ 有 ()				
造影剤アレルギー	無 ・ 有 (造影剤名:)				
内服薬	※薬手帳の添付でも構いません。				

透析情報

透析導入日	年 月 日 ・ 未導入				
腎不全原疾患	DM・腎硬化症・多発嚢胞腎・慢性糸球体腎炎・不明・その他()				
既往歴					
透析クール	月・水・金 火・木・土	午前 ・ 中間 ・ 夜間 ・ オーバーナイト			
受診当日の状況	通院中 ・ 入院中				

シャント情報

現在のシャント	右 ・ 左	上肢 ・ 大腿	自己血管 ・ 人工血管		
シャント作製日	年 月 日	作製した病院			
最終算定日	※当院以外でPTAを行っている場合は必須	K616-4 (1)	年	月	日
		K616-4 (2)	年	月	日

依頼理由・病歴

QB不良・V圧上昇・穿刺困難・シャント音低下・閉塞・VA造設・感染

※心臓超音波検査レポートがございましたら添付をお願いします。

TEL:0562-38-6830 FAX:0562-38-6831