

VAクリニック愛知 診療予約申込書(再診用)

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 :

患者情報			
患者氏名	性別	男 ・ 女	
	年齢	歳	
感染症※1	HBs抗原（+・-・不明） HBs抗体（+・-・不明） TPHA（+・-・不明） HCV抗原（+・-・不明） HCV抗体（+・-・不明） MRSA（+・-・不明） その他（ ）		
アレルギー※1	無 ・ 有（ ）		
造影剤アレルギー※1	無 ・ 有（造影剤名： ）		
透析情報			
最終透析日	年 月 日 ・ 未導入		
指示血流量	ml/min		
静脈圧	mmHg		
透析時の抗凝固剤の種類	ヘパリン ・ 低分子ヘパリン ・ ナファモスタット その他（ ）		
薬剤情報			
抗凝固薬	PT-INR※2	測定日	年 月 日
抗血小板薬			
ステロイド			
最終算定情報※3			
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			
特記事項			

※1 初診時から変更がなければ記入する必要はありません。

※2 ワーファリン服用時は記入してください。

※3 当院以外で治療を行っている場合は記入してください。

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