

バスキュラーアクセス 診療予約申込書 (患者連絡票)

医療法人(社団)有恵会 香里ヶ丘有恵会病院 (FAX:072-860-1730)
 シェント外来 先生

| | | | |
|------|-----|--------|--|
| 貴院情報 | 貴院名 | | |
| | 所在地 | 医師名 | |
| | TEL | | |
| | FAX | 取次担当者名 | |

| | | | | |
|------|------|---|------|---|
| 患者情報 | フリガナ | 男 | 生年月日 | 大正・昭和・平成 |
| | 氏名 | 女 | | 年 月 日 (歳) |
| 住所 | 〒 | | | 受診歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 |
| | | | | 電話番号 |

| | | |
|------------------|----------|---|
| 予約希望日 | 平成 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 独歩 |
| | 平成 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 車いす |
| その他の希望 (曜日など) | | <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 |

診療目的 ※該当項目にチェックをお願いします
 シェント造設 シェントトラブル (現在のシェント肢 右・左)
 シェントPTA (外来希望 入院希望 < 個室・大部屋 >)

症 状 ※ ご希望にそえない場合もごさいます。ご了承ください
 閉塞 シェント音 (弱 or 無) 狭窄音 穿孔困難 静脈圧高い (v 圧)
 シェント肢膨張 シェント感染(疑い) シェント瘤、動脈瘤
 脱血不良 (QB ml/m) その他

既往歴：心臓疾患 有 無 糖尿病 有 無

| | |
|--|--|
| 透析日 | 感染症 <input type="checkbox"/> 別紙にて送信 |
| <input type="checkbox"/> 月・水・金 <input type="checkbox"/> 火・木・土 | HBs 抗原 (+・-・不明) 検査日 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | HCV 抗体 (+・-・不明) 検査日 年 月 日 |
| A D L | Wa-R (+・-・不明) 検査日 年 月 日 |
| 移動 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー | MRSA (+・-・不明) 検査日 年 月 日 |
| 排泄 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ | (検出部位：) |
| 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 | その他の感染症 |

《診療予約方法》
 バスキュラーアクセス 診療予約申込書(患者連絡票)と診療情報提供書を地連に FAX してください (この用紙)。FAX にて予約日をご連絡いたします。

医療法人(社団)有恵会 香里ヶ丘有恵会病院 地域連携室
 〒573-0084 枚方市香里ヶ丘 5-8-1
 TEL : 072-853-1181 (代 表)
 TEL : 072-854-1371 (地域連携室)
 FAX : 072-860-1730 (地域連携室)