

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)

シャント外来

先生

貴 院 情 報	貴院名		医師名
	所在地		
	TEL		
	FAX		取次担当者名

患 者 情 報	フリガナ 氏 名	男 女	生 年 月 日										
	住所 〒		年	月	日	(歳)	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	年	月	日	<input type="checkbox"/> 独歩
その他の希望 (曜日など)	年	月	日	<input type="checkbox"/> 車いす <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

シャント造設 シャントトラブル (現在のシャント肢 右 ・ 左)

シャント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ざいます。ご了承ください

閉塞 シャント音 (弱 or 無) 狭窄音 穿刺困難 静脈圧高い (v 圧)

シャント肢膨張 シャント感染(疑い) シャント瘤、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
ADL	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)