ＶＡセンター診療申込書

フリガナ 患者名	コウチ　ユズコ 高知　柚子	施設名	高知西病院		
生年月日	1945年　8月　30日	年齢	75歳	性別	男 (女)
初診　(再診)	紹介目的	☐定期受診　☐VA作製依頼　☐PTA依頼　☑狭窄音　☑脱血不良 ☑静脈圧上昇　☐止血困難　☐その他（　　）			
透析導入年月日	シャント作成年月日	シャント部位			
2010年　7月　7日	2010年　6月　20日	☐みぎ　☑ひだり ☑内シャント　☐人工血管			
カテーテルの挿入	☐ あり　☑ なし	カテーテル挿入部位			
透析日	☑ 月水金　☐ 火木土	最終透析日	9月　1日		
穿刺針のゲージ数	16　G	透析中の血流量	120～150 ml/min		
感染症	☑ あり　☐ なし	☐　RPR/TPHA　☑　HB s 抗原　☐　HCV抗体 ☐　その他（　　）			
アレルギー	☑ あり　☐ なし	※アレルギー内容をご記入ください ロキソニンで発赤疹あり			
ペースメーカー	☑ あり　☐ なし	★エコー記録または手術記録のコピー　☐あり　☐なし			
患者状況	☐外来通院　☐入院中　☑施設入所中	処置必要時（☑入院可　☐不可）			
認知・キーパーソンについて					
認知症の有無 自立度判定度基準	☑ あり ☐ なし	☐ 自立　☐ Ⅰ　☑ Ⅱa　☐ Ⅱb　☐ Ⅲa　☐ Ⅲb　☐ Ⅳ　☐ M			
歩行状態	☐自立　☐杖歩行　☑車いす　☐担送	来院方法	自家用車		
処置や手術の 説明と同意	☐患者様のみ ☑患者様とご家族 （　氏名：　高知　太郎　　続柄：　長男　） ☐その他（　＊同意書持参　家族に電話で確認など　）				
同行されるご家族又は キーパーソンへの連絡先	０９０－１２３４－５６７８				
患者様ご連絡先	携帯電話　090-2222-5555 （　088　）　844－5555	その他 （　　）　－			

＜ご準備いただきたい情報＞

＊医師診療情報　　＊検査データ、薬剤情報

＊初診の患者様は、受診に至った経緯や既往歴、現在のシャント作成時の手術記録がありましたらご準備ください

＊透析中の患者様は、静脈圧が記載された最近の透析記録、透析サマリーもご持参ください

★前回診察時のエコー記録または手術記録をコピーし穿刺部位・穿刺方向の記載をお願いします

お手数をおかけしますが、これらの情報を事前にFAXしていただきますよう、よろしくお願いいたします

JCHO高知西病院　(代)088-843-1501　(地域連携室FAX)　088-843-8593