

## VAセンター診療申込書

フリガナ 患者名		施設名	
生年月日	年 月 日	年齢	歳 性別 男 女
初診 再診	紹介目的	<input type="checkbox"/> 定期受診 <input type="checkbox"/> VA作製依頼 <input type="checkbox"/> PTA依頼 <input type="checkbox"/> 狭窄音 <input type="checkbox"/> 脱血不良 <input type="checkbox"/> 静脈圧上昇 <input type="checkbox"/> 止血困難 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
透析導入年月日		シャント作成年月日	
年 月 日	年 月 日	シャント部位	
		<input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり <input type="checkbox"/> 内シャント <input type="checkbox"/> 人工血管	
カテーテルの挿入	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	カテーテル挿入部位	
透析日	<input type="checkbox"/> 月水金 <input type="checkbox"/> 火木土	最終透析日	
穿刺針のゲージ数	G	透析中の血流量	ml/min
感染症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> RPR/TPHA <input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HCV抗体 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
アレルギー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※アレルギー内容をご記入ください	
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	★エコー記録または手術記録のコピー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
患者状況	<input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中	処置必要時 ( <input type="checkbox"/> 入院可 <input type="checkbox"/> 不可)	
認知・キーパーソンについて			
認知症の有無 自立度判定基準	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
歩行状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 担送	来院方法	
処置や手術の 説明と同意	<input type="checkbox"/> 患者様のみ <input type="checkbox"/> 患者様とご家族 (氏名 : 続柄 : ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
同行されるご家族又は キーパーソンへの連絡先			
患者様ご連絡先	携帯電話 ( ) -	その他 ( ) -	

<ご準備いただきたい情報>

2024.6 修正

\* 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

