患者情報提供書

薬剤情報、直近の採血結果（凝固、感染症を含む）、透析チャートも添付をお願い致します

施設名：

紹介医師名：

・患者氏名　　男　・　女

・生年月日　　西暦　　年　　月　　日　（　　才）

・ADL　　□独歩　□介助歩行　□車いす

・キーパーソン（名前、続柄、tel）　（　　）

・ 透析日　　月 ・ 水 ・ 金　（午前・午後・夜間）　　火 ・ 木 ・ 土　（午前・午後・夜間）

・現在のシャントの作成日　　年　　月　　日　□ AVF　□AVG　□他（　　）

・シャント作成施設　　□いせ透析アクセスクリニック　□伊勢赤十字病院　　□他（　　）

・抗凝固薬・抗血小板薬　（薬剤名：　　）　　□なし

・禁忌薬、アレルギー　　□あり（　　）　　□なし

・造影剤アレルギー　　□あり（　　）　　□なし

紹介理由　　☐ 定期予約　　☐ 検診(シャント不全兆候なし)　　☐ 完全閉塞

□脱血不良　　□虚脱　　□音の減弱　　□スリル減弱　　□穿刺困難　　□再循環

□静脈圧上昇　　□末梢の拍動化　　□止血困難

□シャント肢全体の浮腫　　□瘤の増大／菲薄化　　□末梢指の循環不全　　□感染兆候

他（　　）

当院以外でのＰＴＡ歴　　無　・　有　（有の場合は下記ご記入ください）

・前回					保険算定	
PTA施行日	年	月	日	医療機関名：	□初回	□2回目
・前々回					保険算定	
PTA施行日	年	月	日	医療機関名：	□初回	□2回目

いせ透析アクセスクリニック
〒516-0071 三重県伊勢市一之木五丁目962-1
Tel 0596-63-6531
Fax 0596-63-6532