

再診 情報提供書

【貴施設名】_____

【患者氏名】_____【よみがな】_____

【生年月日】西暦・昭和・平成 ____年__月__日

【電話番号】患者本人(_____)または付き添いの方(_____)

【来院手段】自動車(本人運転)・自動車(本人以外)・タクシー・地下鉄・その他(_____)

【依頼内容】_____

【現在ある症状】閉塞 血栓形成 脱血不良 スリル減弱 シヤント音減弱 再循環 瘤の拡大
高調音聴取 静脈圧上昇 止血時間の延長 出血が心配 出血した 穿刺困難 シヤント肢腫脹
感染(疑い含む) シヤント関連痛 エコーで狭窄がある FV低下

注) 保険算定のために90日以内にPTAを実施している場合には下記を御記入ください。(当院での治療の場合には記入の必要はありません。) 日付が分からない場合は実施施設を教えてください PTA実施施設名_____

【K616-4(1)[初回]】 月 日 【K616-4(2)[2回目]】 月 日

【透析スケジュール】月水金・火木土・その他(_____) ____時から__時まで

【次回透析】当院治療後当日中・当院治療翌日以降・治療終了時に電話連絡

【使用不可薬品】0.無 1.有(_____)

下記は当院で使用する可能性のある薬剤です。使用に問題がある場合、○をつけてください

ヘパリン アルガトロバン 造影剤 セファゾリン アセトアミノフェン セレコキシブ NSAIDS セファレキシ
シン エタノール オラネキシジン(オラネジン) クロルヘキシジン

【注意すべき合併症等】

前回の当院受診後に他院のシヤント関連治療があれば手術記録をFAXまたは当日持参してください。