

## シャント造設 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【性別】男・女・( )

【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(\_\_\_\_\_)

【住所】〒\_\_\_\_\_

【依頼内容】\_\_\_\_\_

【原疾患】○をつけて下さい 糖尿病性腎症・腎硬化症・慢性糸球体腎炎・不明・多発性嚢胞腎 急速進行性糸球体腎炎・自己免疫性疾患に伴う腎炎・急性腎障害・その他

【導入時期の予測】1ヶ月以内の導入は？(1.十分ある 2.もしかしたら 3.あまりなさそう)

【AVG】 診察の結果、AVFは不可、AVGなら可の場合、導入直前にポリウレタンAVGの造設をお勧めします。

AVGなら (1.当日造設 2.延期して導入直前に造設 3.当日電話で相談)

AVG造設後、セレコキシブの使用は？ 0.不可 1.許容できる

【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 セファゾリン セファレキシシ アセトアミノフェン

オラネキシジン(オラネジン) クロルヘキシジン エタノール

【ペースメーカー】 0.無 1.有 (右・左・リードレス)

【心臓・血管手術の有無と詳細】(CABGで左内胸動脈使用等、シャント作成に影響することがあります。)

0.無 1.有 →内容(手術記録があれば送ってください)\_\_\_\_\_

【注意すべき合併症等】

以前のシャント関連手術既往がある人は手術記録をFAX・郵送または当日持参してください。