

バスキュラーアクセス 問診票 (FAX 用)

記入日 年 月 日 ()

① ・病院名 _____ 担当者名 _____
(TEL) _____ (FAX) _____

・患者様御氏名 _____ 様 男 ・ 女
(住所) _____ (TEL) _____

② 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

③ 現在の症状 (_____)

④ 希望来院日 (_____) (_____ : _____)

⑤ 当院までの交通手段の確認 (_____)

⑥ 過去のシャント OPE / PTA 有無 無 ・ 有 (最終施行日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

⑦ 現在の御入院の有無 (無 ・ 有)

⑧ シャント肢 (右 ・ 左) ・ グラフト (部位 : _____)

⑨ 感染症 無 ・ 有 (_____)

⑩ アレルギー 無 ・ 有 (_____)

⑪ 抗血小板薬 無 ・ 有 (_____)

⑫ 糖尿病薬 無 ・ 有 (インスリン DPP-4 阻害薬 α -GI 薬)
(その他 (_____))

⑬ ADL ・ 認知症 : (ADL _____ 認知症 (無 ・ 有))

⑭ 現在の透析日 : _____ 最終透析日 : _____ 月 _____ 日

⑮ 紹介状 ・ 透析条件 ・ バスキュラーアクセス問診表を当院まで FAX をお願い致します

森下記念病院 相模原市南区東林間 4-2-18 (FAX) 042-747-2922
(TEL) 042-742-5055

お伺いした情報を診療以外の目的で使用することはありません。

ご協力ありがとうございました。