

川西市立総合医療センター シヤント閉塞診療申込書

申込先(※)	患者支援センター(直通) TEL: 072-789-8194 FAX: 072-789-8193
	※FAX送信前に患者支援センターまで電話連絡をお願いいたします。 ※平日9時~17時のみの対応となります。ご了承ください。

以下の情報は、透析医療スタッフであればどなたが記入して頂いても構いません

紹介元 医療機関名	電話番号	
	ご担当者	

医療センターID			
フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	様	男・女	年 月 日(歳)
住所		電話番号	(自宅) - -
			(携帯) - -

透析日 (<input type="checkbox"/> 月水金 ・ <input type="checkbox"/> 火木土)	移動手段 (<input type="checkbox"/> 車いす ・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 歩行)
---	--

診療希望日	<input type="checkbox"/> 即日 <input type="checkbox"/> 2~3日待機可能 (患者支援センターへの電話連絡 <input type="checkbox"/> 済み)
最終透析日	西暦 年 月 日

※現在のシヤントについて

現在のシヤント作製日	不明 ・ 西暦 年 月 日	部位(左・右)(自己血管・グラフト)
他院の前回PTA	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (西暦 年 月 日)	

シヤント閉塞はシヤント機能不全のみならず、全身状態の悪化が影響する可能性があります。
以下の情報提供にご協力をお願いいたします。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 発熱がある | 透析中血圧低下 (<input type="checkbox"/> 頻回にある ・ <input type="checkbox"/> なし) |
| <input type="checkbox"/> 溢水・心不全兆候がある | アレルギー:ヘパリン (<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし) |
| <input type="checkbox"/> 呼吸状態の悪化 | アレルギー:造影剤 (<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし) |
| <input type="checkbox"/> 透析中昇圧剤の使用 | アレルギー:イソジン (<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし) |
| <input type="checkbox"/> 中等度以上の大動脈弁狭窄症 | 喘息 (<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし) |
| <input type="checkbox"/> ペースメーカー留置 | 認知症 (<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし) |
| <input type="checkbox"/> 徐脈性不整脈がある | 感染症の有無 (<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV) |
| <input type="checkbox"/> 3か月以内に頻回のPTA歴がある | 抗血小板療法 (<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし) |
| <input type="checkbox"/> 癌の治療中である | ワーファリン内服 (<input type="checkbox"/> あり:PT-INR_____ ・ <input type="checkbox"/> なし) |
- ※INR \geq 2.5または血小板減少症などの場合はご相談ください

※その他・特記事項

予約が決定しましたら、当院より予約票をお送りいたします。大変恐れ入りますが、以下についてご留意ください。
症状次第で入院となる可能性があります。その際は透析サマリーをご準備ください。

☆予約時間30分前に病院1階の『患者支援センター』へお越しください。

☆患者様到着までに、以下をFAXでお送りください

FAX(患者支援センター直通):072-789-8193

- ①診療情報提供書 ②直近透析記録3日分 ③処方歴 ④直近シヤントエコー(あれば)