

# 川西市立総合医療センター シヤント診療申込書

申込先 <sup>(※)</sup>	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 )
---	--

依頼内容	<input type="checkbox"/> PTA <input type="checkbox"/> 外来診療 (患者支援センターへの電話連絡 <input type="checkbox"/> 済み)
希望日	第一希望( / )、第二希望( / )、第三希望( / ) もしくは( )以外の( <input type="checkbox"/> 月・水・金 / <input type="checkbox"/> 火・木 )

※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)	

<シヤントの症状>

- 閉塞した。音がない
- 脱血不良
- 静脈圧が高い
- 穿刺困難
- シヤント肢の腫れ
- 音が弱い、狭窄音
- スリル減弱、拍動
- 血流障害、神経障害
- 定期検査、当院の指示

<その他の患者情報>

- 透析中血圧低下 (  頻回にある ・  なし )
  - アレルギー:ヘパリン (  あり ・  なし )
  - アレルギー:造影剤 (  あり ・  なし )
  - アレルギー:イソジン (  あり ・  なし )
  - 喘息 (  あり ・  なし )
  - 認知症 (  あり ・  なし )
  - 感染症の有無 (  HBV  HCV  HIV )
  - 抗血小板療法 (  あり ・  なし )
  - ワーファリン内服 (  あり:PT-INR\_\_\_\_\_ ・  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、以下についてご注意ください。  
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)