

※太線内の項目を記入いただき、FAX で送信をお願いいたします。外来受診日時決定後、本書を FAX で返信いたします。

※FAX でご送信いただく書類： ①シャント外来受診申込書（本書） ②診療情報提供書

シャント外来受診申込書

■ご紹介医療機関					
医療機関名				担当者	
TEL				FAX	
■患者様情報					
氏名				ふりがな	
生年月日	19	年	月	日（歳）	性別 ☐ 男・ ☐ 女
住所	〒				
連絡先	固定電話：			携帯電話：	
緊急連絡先①	氏名：	続柄：	TEL：		
緊急連絡先②	氏名：	続柄：	TEL：		
■確認事項					
1.	外来透析 or 入院透析	☐ 外来透析	☐ 入院透析		
2.	最終透析日	☐ 20 年 月 日（ ）			
3.	脱血不良	☐ あり	☐ なし		
4.	静脈圧上昇	☐ あり	☐ なし		
5.	シャント狭窄 or 閉塞	☐ 狭窄	☐ 閉塞（病変の長さ： cm）		
6.	VAIVT 歴 （経皮的シャント拡張術）	☐ 前 回： 20 年 月 日			
		☐ 前々回： 20 年 月 日			
7.	造影剤のアレルギー	☐ あり	☐ なし		
8.	認知症	☐ あり	☐ なし		
9.	ADL(移動手段)	☐ 歩行	☐ 車いす	☐ ストレッチャー	
10.	送迎	☐ 不要	☐ 必要/歩行	☐ 必要/車いす	☐ 必要/ストレッチャー

■ご紹介医療機関さまへ 下記の通り、外来受診日時が決定いたしました。

外来受診日時：	20	年	月	日（ ）	:
---------	----	---	---	------	---

■受診当日、患者様にご持参いただく書類		■送迎	
①	診療情報提供書（原本）※DW 含む		送迎時間 片道 分
②	内服薬処方内容		送迎担当
③	直近の採血(血算・生化・PT・INR・HBs・HCV・ワ氏) 血型： Rh ☐ + ☐ -	自宅出発	:
		待機場所	☐ 玄関前 ☐ その他()
④	検査データ（心電図・心胸比・心臓超音波）		
⑤	直近 3 回分の透析記録・透析条件		
⑥	直近のシャント手術記録		
		帰り	病院出発 :
		待機場所	病院正面玄関