

みよしうちだハートクリニック予約申込書

依頼日 年 月 日

みよしうちだハートクリニック

〒470-0201 みよし市黒笹町前田14-1

TEL : 0561-76-3123

FAX : 0561-76-3122

御紹介施設名 :

医師名 :

担当者名 :

TEL :

FAX :

患者情報

フリガナ		性別	男	女
患者氏名		生年月日	年	月 日
		電話番号	-	-
感染症	HBs抗原(+・-・不明) HBs抗体(+・-・不明) HCV抗体(+・-・不明) MRSA感染歴(+・-・不明) その他()			
アレルギー	☐ 無・ ☐ 有(☐ 造影剤 ☐ アルコール ☐ イソジン ☐ ラテックス) ☐ その他()			
内服薬	☐ 抗血小板薬(バ・イアスピリン・エフィエント・クロピドグレル) ☐ 免疫抑制薬 ☐ 抗凝固薬(ワ・ファリン・プ・ラザキサ・リクシアナ・エリキュース・イグザレルト)			
心疾患	☐ 無・ ☐ 有(疾患名 EF = %, 年 月)			
ADL	自立 ・ 車いす ・ ストレッチャー			

透析情報

透析導入日	年 月 日 (導入予定日 月 日)			
透析日	☐ 月・水・金 ☐ 火・木・土 最終透析日(月 日)			
現在のシャント	右・左 前腕・上腕・その他 自己血管・人工血管			
シャント作成日	年 月 日	作成した病院		
最終治療日	☐ PTA ☐ 手術(血栓除去術・その他)		年 月 日	

依頼内容

☐ シャント新設	☐ シャント音低下	☐ シャント閉塞	☐ 脱血不良
☐ 穿刺困難	☐ 静脈圧高値	☐ 感染疑い	☐ 定期診察
☐ その他			
()			

※紹介状(内服内容記載)、透析記録、採血結果を添付してください