

FAX送信票 アクセスケアセンター 手術申込書

ご記入いただき、下記FAX番号まで送信をお願いします

年 月 日

仙台徳洲会病院 アクセスケアセンター 行
〒981-3116 仙台市泉区高玉町9-8
TEL : 070-5478-7771 (専用)
FAX : 022-771-5135

紹介元医療機関
名称及び所在地

医師名

印

【患者様情報】

2022.4版

フリガナ		住所	〒
氏名			
生年月日	年 月 日	電話	
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 頃)		

【紹介目的】 複数選択可

<input type="checkbox"/> 完全閉塞	<input type="checkbox"/> 脱血不良	<input type="checkbox"/> 吻合部でのスリルの低下
<input type="checkbox"/> 血管狭窄部の触知	<input type="checkbox"/> 狭窄音の聴取	<input type="checkbox"/> シャント肢の腫脹
<input type="checkbox"/> 静脈圧の上昇	<input type="checkbox"/> その他 ()	

【透析情報等】

透析情報	<input type="checkbox"/> 保存期	
	<input type="checkbox"/> 透析中 → <input type="checkbox"/> 月・水・金 <input type="checkbox"/> 火・木・土 AM・PM	
	最終透析日	年 月 日 ()
	バスキュラー アクセス	部位 右・左・上肢・下肢・その他 () 分類 内シャント (自己・人工) ・表在化・その他 ()
	最終PTA施行日	年 月 日 ()
トラブル発生日	年 月 日 ()	

感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HIV		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 食べ物 () <input type="checkbox"/> 薬剤 () <input type="checkbox"/> 造影剤 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
A D L	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 介助不要) <input type="checkbox"/> 家族の付き添い有		
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
身長	cm	体重	kg

【仙台徳洲会病院記入欄】 ※下記は記入しないでください

予約日	年 月 日 ()
当院ID	