

# バスキュラーアクセス 問診票

記入日 年 月 日 ( )

① ・ 病院名 \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_  
(TEL) \_\_\_\_\_ (FAX) \_\_\_\_\_

・ 患者様御氏名 \_\_\_\_\_ 様 男 ・ 女 \_\_\_\_\_  
(住所) \_\_\_\_\_ (TEL) \_\_\_\_\_

② 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

③ 現在の症状 ( \_\_\_\_\_ )

④ 希望来院日 ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ )

⑤ 当院までの交通手段の確認 ( \_\_\_\_\_ )

⑥ 過去のシャント OPE / PTA 有無 無 ・ 有 (最終施行日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

⑦ 現在の御入院の有無 ( 無 ・ 有 )

⑧ シャント肢 ( 右 ・ 左 ) ・ グラフト (部位 : \_\_\_\_\_ )

⑨ 感染症 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ )

⑩ アレルギー 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ )

⑪ 抗血小板薬 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ )

⑫ 糖尿病薬 無 ・ 有 ( インスリン DPP-4 阻害薬  $\alpha$ -GI 薬 )  
( その他 ( \_\_\_\_\_ ) )

⑬ ADL ・ 認知症 : ( ADL \_\_\_\_\_ 認知症 ( 無 ・ 有 ) )

⑭ 現在の透析日 : \_\_\_\_\_ 最終透析日 : \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

⑮ 紹介状 ・ 透析条件 ・ バスキュラーアクセス問診表を当院まで FAX をお願い致します

※2018年11月●日送付先FAX番号が下記のとおり変更となりました。

森下記念病院 相模原市南区東林間 4-2-18 (FAX) 042-742-5066

(TEL) 042-742-5055

お伺いした情報を診療以外の目的で使用することはありません。

ご協力ありがとうございました。