

診療予約申込書

お手数ではございますが下記へのご記入お願い致します。

| | |
|-------|---------|
| 施設名 | 担当者名 |
| 所在地 | |
| 担当医師名 | E-mail: |
| TEL: | FAX: |

・患者氏名 (フリガナ)

・生年月日 年 月 日 (才)

・保険証番号

・抗凝固薬・抗血小板薬 服用中(薬剤名:)服用していない

・禁忌またはアレルギー薬 あり(薬剤名:)なし

・移送方法 独歩 介助歩行 車いす

受診希望日時 年 月 日 () 午前・午後()時ごろ

透析日 月・水・金 火・木・土 その他 []

今回の受信目的についてあてはまるものすべてお答えください(必須)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> アクセスの造設 | <input type="checkbox"/> アクセスの穿刺困難 |
| <input type="checkbox"/> アクセスの脱血不良 | <input type="checkbox"/> アクセス造設肢が腫れている |
| <input type="checkbox"/> アクセスの閉塞 | <input type="checkbox"/> アクセス感染の疑い |
| <input type="checkbox"/> アクセス音の異常(弱い、または狭窄音) | <input type="checkbox"/> 止血に時間がかかる |
| <input type="checkbox"/> アクセス音が聞こえない | <input type="checkbox"/> アクセス瘤・動脈瘤 |
| <input type="checkbox"/> 静脈圧上昇 | <input type="checkbox"/> 検査・再診 |
| <input type="checkbox"/> その他 [] | |

・アクセス作製日 年 月 日 現在のタイプ AVF AVG その他()

・前回PTA施行日 年 月 日

〒583-0027 大阪府藤井寺市岡2-10-18 DH藤井寺ビル4F

土田透析アクセスクリニック

院長 土田 健司

電話 072-976-5151 FAX 072-976-5155