

診療予約申込書

お手数ではございますが、診療情報提供書(薬剤情報含む)もFAXお願い致します。 ※印は必ずご記入お願いします。

★送迎車のお迎え場所は原則、透析施設または入居施設になります。

施設名: _____ 担当部署: _____ 担当者: _____
 所在地: _____ TEL: _____
 担当医師名: _____ FAX: _____

・患者氏名 _____ 男・女(フリガナ _____)
 ・生年月日 T・S・H・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 才) 初診・再来
 ・抗凝固薬・抗血小板薬 服用中(薬剤名: _____) 服用していない
 ※禁忌薬 あり(薬剤名: _____) なし
 ※ADL 独歩 介助歩行 車いす ※来院手段 送迎車は不要 送迎車が必要
 ※キーパーソン 有・同居(_____) 別居(_____) 無

希望日があればご記入下さい。予約状況により希望日の受診が困難な場合もありますのでご了承ください。

受診希望日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____) 午前・午後

透析日 月・水・金(午前・午後) 火・木・土(午前・午後)

透析日に来院可能 透析日を変更して来院可能

今回の受診目的をご記入下さい。(透析シャント: 左・右)

・アクセス作製日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 現在のタイプ: AVF AVG その他(_____)

※PTA歴 _____ 無・有 (有の場合は下記にご記入お願いします)

・前々回 PTA施行日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名 _____ 土田透析アクセスクリニック その他(_____)
 ・算定方法 初回 2回目

・前回 PTA施行日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名 _____ 土田透析アクセスクリニック その他(_____)
 ・算定方法 初回 2回目

〒583-0027 大阪府藤井寺市岡2-10-18 DH藤井寺ビル5F

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