

【シャントPTA】紹介患者予約申込書(FAX用)

令和 年 月 日

川崎医科大学総合医療センター(岡山市北区中山下2-6-1)

地域医療連携室 行

FAX : 086-221-1101(直通)

TEL : 086-225-2111(代表)

外科

シャントPTA 担当医 宛

紹介医療機関の所在地・名称

TEL
FAX
医師氏名

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	様	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 旧姓()	<input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 (才)
住 所	〒		<input checked="" type="checkbox"/> (自宅) (携帯)

主訴及び傷病名	
紹介目的	シャントPTA

- ① シャント部位..... 右 左、(部位;)
- ② 種 類..... 自己血管 人工血管
- ③ 造影剤アレルギーの有無.. なし あり(薬剤名;)
- ④ 状 態..... 閉塞 (最終透析日; 月 日(曜日))
狭窄 メンテナンスPTA
- ⑤ 透析日.....月・水・金曜日 火・木・土曜日
- ⑥ 前回シャントPTA施行日...(年 月 日)
- ⑦ ペースメーカーの有無.... なし あり(ペースメーカー手帳・カードを必ずご持参ください)

シャントエコー検査の結果を必ず添付してください。
シャントエコー未実施の場合、一旦診察予約となります。

受診希望日	① 年 月 日()	□いつでも可
	② 年 月 日()	
	③ 年 月 日()	

- ◆ 緊急時、即入院の必要な時などに際しましては、あらかじめ担当医までご連絡下さい。
- ◆ 診療情報提供書(紹介状)はできれば予約申込時にFAXをお願いします。
- ◆ 折り返し、紹介患者様診療予約票をFAXいたしますので、別紙「紹介患者さまへ」(受付のご案内)と一緒に患者様にお渡し下さいますようお願いいたします。