

【シャントPTA】 紹介患者予約申込書 (FAX用)

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)

令和 年 月 日

地域医療連携室 行
FAX: 086-221-1101(直通)
TEL: 086-225-2111(代表)

紹介医療機関の所在地・名称

TEL
FAX
医師氏名 (担当者)

シャントPTA 担当医 宛

フリガナ		性別 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 旧姓()	生年月日 <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 (才)
患者氏名	様		
住 所	〒		TEL(自宅) (携帯)
来院時状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		同 伴 者 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

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)
→前回より3ヶ月以内の紹介の場合、シャントエコー検査 (実施済 未実施)

第1受診希望日	年	月	日()	□いつでも可
第2受診希望日	年	月	日()	
第3受診希望日	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。
- ◆ 本様式は、当院のホームページからダウンロードすることができます。
<http://g.kawasaki-m.ac.jp/medical/>