

診療情報提供書(シャント AG・VAIVT)

群馬県済生会前橋病院

記入日 年 月 日

腎臓内科 担当医 宛

希望日： 年 月 日

※時間的猶予のあるものは、火・木曜日の午後に対応します。

緊急の処置が必要な場合には直接連絡をお願いします。

地域連携課直通 TEL : 027-252-1751

FAX : 027-252-6102

紹介元医療機関の
名称及び所在地

電話番号

医師氏名

受診歴 あり・なし・不明

フリガナ															
患者氏名					生年月日	明・大・昭・平					年 月 日 (才)				男・女
住所	〒 -														
	TEL ()														
保険者番号								本人	公費負担者番号						
記号・番号	・						家族	受給者番号							
健康保険外	〔生保・その他 ()〕														
傷病名	慢性腎不全〔原疾患：糖尿病性腎症・慢性腎炎・腎硬化症・()〕														
紹介目的	AG / VAIVT														
既往歴・家族歴															
症状経過・ 治療経過・ 検査結果	透析日：月水金・火木土 AM・PM HD導入日： 年 月 感染症：HCV 有・無 HBV 有・無 梅毒 有・無 その他 () アクセス種類：内シャント・動脈表在化・グラフト (径 mm.) アクセス位置：右・左・前腕・肘部・() アクセス作成日 年 月 吻合方法：端端・端側・側側 症状：脱血不良 (以前 ml/min、現在 ml/min)・ 静脈圧上昇 (以前 mmHg、現在 mmHg)・止血困難 (止血時間 分) 狭窄音・シャント肢浮腫・その他 () 直近のVAIVT歴： 年 月 日・施行施設 () 施行部位 () 造影剤アレルギーの有無：有・無 ヘパリン使用の可否：可・否 (理由)														
現在の処方	(コピー等を FAX していただいても構いません)														
備考	その他、注意すべき点等あればご教示下さい。														

※ お分かりになる範囲で結構ですので、下記スペースにシャントのシェーマ、吻合部、脱血側（穿刺方向：順行性/逆行性）、返血側（穿刺方向）、狭窄音聴取部位をご教示いただければ幸いです。