

JCHO仙台病院バスキュラーアクセスセンター診療申込書(初回申し込み用)

※再建シャントの初回治療の依頼もこちらで申し込みください

平成 年 月 日

■ 患者情報

JCHO仙台病院 ID			
フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	年 月 日
ADL	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	移動手段	独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー
透析日	月水金 / 火木土		
特記事項			

※入院に際して問題となること(いびき・認知症など)があれば記載してください。

導入日	年 月 日	導入施設	
アクセス部位		アクセス作成日	年 月 日
アクセス種類	自己血管 ・ 人工血管		
前回PTA施行施設		前回PTA施行日	年 月 日

■ トラブルの種類

☐ 閉塞	☐ 返血圧上昇・止血困難	☐ 穿刺困難
☐ 脱血不良	☐ シャント肢腫脹	☐ 狭窄音・狭窄部蝕知
その他・詳細※ 希望など		

※申し込み理由を簡単に記載してください

■ 診療希望

入院日数	1泊2日・2泊3日
希望入院日	① ② ③
不可日	
個室希望	有 ・ 無
個室タイプの希望	有 タイプ※() ・ 無

※一日利用料 2人部屋2000円、1人部屋3000円・5000円・6000円・15000円

■ 透析施設

名称	
担当者	

ご記入後、下記FAX番号へ送信して下さい。

お急ぎの場合、平日8:30~17:15は電話対応も可能です。



JCHO仙台病院 バスキュラーアクセスセンター

TEL : 022-275-3127 FAX : 022-275-3133