

# JCHO仙台病院バスキュラーアクセスセンター診療申込書

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       |          |                    |
| 前回PTA施行施設   |                 | 前回PTA施行日 | 年 月 日              |
| 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。

## ■ トラブルの種類

|                               |                                     |                                    |
|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 閉塞   | <input type="checkbox"/> 返血圧上昇・止血困難 | <input type="checkbox"/> 穿刺困難      |
| <input type="checkbox"/> 脱血不良 | <input type="checkbox"/> シヤント肢腫脹    | <input type="checkbox"/> 狭窄音・狭窄部蝕知 |
| その他・詳細※                       |                                     |                                    |

※申し込みの理由を簡単にいいので記載してください

## ■ 診療希望

|          |               |
|----------|---------------|
| 入院日数     | 日帰り・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