

JCHO仙台病院 バスキュラーアクセスセンター 診療申込書

令和 年 月 日

シャント閉塞用

■ 患者情報

JCHO仙台病院 ID			
フリガナ		性別	男 ■ 女
氏名		生年月日	(T ・ S ・ H) 年 月 日
ADL	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	移動手段	独歩 ・ 杖歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー

■ 透析情報

透析日	月 ・ 水 ・ 金 / 火 ・ 木 ・ 土	その他 ()	日中 ■ 夜
導入日	(S ・ H ・ R) 年 月 日	導入施設	
シャント部位	右 ・ 左 / 上肢 ・ 下肢	前回PTAまたはPTR(過去2回分)	
シャント種類	自己血管 ・ 人工血管		年 月 日
シャント作成日	(S ・ H ・ R) 年 月 日	施行施設	
			年 月 日
		施行施設	

■ 患者状態

シャント閉塞	閉塞確認日時
患者の全身状態	・発熱 (有 ・ 無)
	・心不全徴候
	・呼吸状態
	・その他(コロナ・インフルエンザ陽性や濃厚接触者等の情報)

■ 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。

JCHO仙台病院 バスキュラーアクセスセンター	
① 直通FAX(022-378-9133)	②直通TEL (022-378-9115)
平日:8:30~17:00	

夜間(17:00~8:30)・土・日・祝日の休日は当院代表にご連絡下さい。救急外来で対応となります TEL :022-378-9111 (代表) FAXの対応は致していません
--

※FAX受信後 当方より折り返しご連絡いたします

※入院に際して、情報提供書、透析記録、看護サマリーおよび他院にてPTAまたはPTRを行った事がある場合には、過去の情報やデータも添付しご持参頂きますようご協力お願いします

