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

■　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
血液型	（　A　・　B　・　AB　・　O　）型	感染症	HBV　・　HCV　・　TPHA
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
入院中の有無	外来透析･入院中　（入院中の場合には転院の形でお願いします）		
視力･聴力障害	無　・　有　（　）		
意志疎通	可　・　何とか可　・　困難　（手段:　）		
アレルギー	無　・　有　（　）		
認知症	無　・　有　（　問題行動　無　・　有　／　）		
医療行為	経管栄養　・　ストーマ　・　喀痰吸引　・　酸素投与　・　その他		

■　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	
シャント種類	自己血管　・　人工血管	施行日	年　月　日
シャント作成日	（S　・　H　・　R）　年　月　日	施行施設	

■　トラブルの種類

シャント閉塞	有の場合はシャント閉塞用の申し込み用紙でのFAXお願いします	穿刺困難	有　・　無
脱血不良	有　・　無（Qb　→　ml/min）	シャント肢腫脹	有　・　無
返血圧上昇	有　・　無（Vp　→　mmHg）	シャント瘤	有　・　無
狭窄触知	有　・　無	シャント感染	有　・　無
狭窄音	有　・　無	その他	
特記事項			

■　診療希望

時期	早め　・　待機可能
入院日数	2泊3日　・　1泊2日　・　日帰り
希望日	
不可日	

※ご希望に添えない場合もあります事をご了承下さい

個室希望	有　・　無

□　1人部屋　6600円
（トイレ付き･シャワー無し）

□　1人部屋　9900円
（トイレ付き･シャワー付き）

※1日利用料

■　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　：　022-378-9115（直通）　FAX　：　022-378-9133

2026.9改定