

やのけんVAクリニック 診療予約申込書

紹介元医療機関名：
 医 師 名：
 問い合わせ担当者：

依頼日 年 月 日
 T E L：
 F A X：

※下記項目を可能な範囲でご記載お願いいたします。（ご不明な場合は空欄で構いません）

患者基本情報			
フリガナ			性別 男 ・ 女
患者氏名			電話番号
			緊急連絡先
生年月日	年 月 日 歳	当院受診歴	無 ・ 有(ID:
患者個人情報			
受診時の交通手段	送迎車 不要	自家用車 ・ 公共交通機関 ・ その他()	
	送迎車 必要	同乗者 無 ・ 有(名) 自宅・HD施設・入居施設 送迎先住所：	
ADL	自立 ・ 杖歩行 ・ 車いす ・ ストレッチャー		
感染症	HBs抗原（＋・－・不明）HBs抗体（＋・－・不明）TPHA（＋・－・不明） HCV抗原（＋・－・不明）HCV抗体（＋・－・不明） その他（ ）		
アレルギー	無 ・ 有（ ）		
透析情報			
透析導入日	年 月 日 ・ 未導入		
腎不全原疾患	DM・腎硬化症・多発嚢胞腎・慢性糸球体腎炎・不明・その他()		
既往歴	※別紙記載あれば不要		
透析クール	月・水・金 火・木・土	午前 ・ 午後 ・ 夜間 ・ オーバーナイト	
受診当日の状況	通院中 ・ 入院中		
シャント情報			
現在のシャント	右 ・ 左	上肢 ・ 大腿	自己血管 ・ 人工血管
シャント作製日	年 月 日	作製した病院	
PTA最終算定日		K616-4（前回）	年 月 日（初回・3か月以内算定）
※当院以外でPTAを行っている場合は必須		K616-4（前々回）	年 月 日（初回・3か月以内算定）
依頼理由			
☐ 脱血不良 ☐ 疼痛 ☐ 感染疑い ☐ 穿刺困難 ☐ 静脈圧上昇 ☐ 痺れ ☐ 腫脹 ☐ 止血困難 ☐ 瘤化 ☐ その他（ ）			
受診希望日	第1希望	月 日（ ）	午前 / 午後 / どちらでもよい
	第2希望	月 日（ ）	午前 / 午後 / どちらでもよい

- ・ 診療予約申込書、診療情報提供書、処方内容(他院のもの含む)をFAXして下さい。当院より折り返し連絡させていただきます。
- ・ 透析記録、血液検査結果、心エコー所見(初回のみ)は可能な範囲でご用意下さい。
- ・ ご自身で意思決定が困難な患者様につきましては、必ずお付き添いの方と共にご来院頂きますようお願い申し上げます。

TEL:0798-67-8800 FAX:0798-67-8808