

岩切病院バスキュラーアクセスセンター診療申込書

年 月 日

■ 患者情報

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	年 月 日
透析日	月・水・金 / 火・木・土	移動手段	独歩 ・ 車椅子

特記事項			
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
前々回PTA施行施設		前々回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 ☐ シェント肢腫脹 ☐ 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

■ 診療希望日 ※時間帯もあれば記載をお願いします

治療希望日	①	②	③
不可日			

■ 透析施設

名称	
担当者	

ご記入後、下記FAX番号へ送信してください。
お急ぎの場合は電話対応も可能です。

岩切病院 バスキュラーアクセスセンター

TEL： 070-6955-0670 (VAセンター)

FAX： 022-255-2231 (透析センター)