

# 透析患者バスキュラーアクセス紹介専用シート

輝山会記念病院 バスキュラーアクセス治療センター

FAX 0265 - 26 - 8850

TEL 0265 - 26 - 8126

紹介者	医師ご芳名		先生	施設名
	連絡先	TEL		
		FAX		
		携帯電話		
メール				

患者	ふりがな	性別	生年月日
	氏名	男 ・ 女	年 月 日
	住所		
連絡先			

保険	保険	国保	社保	後期	その他
	保険者番号		記号	番号	

感染症	HCV	( + )	( - )	( 不明 )
	HBsAg	( + )	( - )	( 不明 )

透析日程 (○で囲む)	月・水・金	火・木・土	昼間	夜間
最終透析日	令和 年 月 日			

バスキュラーアクセス	部位	右 ・ 左	上肢 ・ 下肢	その他( )
	分類	内シャント(自己・人工)・表在化・カテーテル・その他( )		
最終手術日(PTA)	年 月 日			
トラブル発生日	年 月 日			
主なトラブル状況 (閉塞 ・ 血流不良 ・ 狭窄 ・ 穿刺困難 ・ その他 )				