大阪バスキュラーアクセス 天満中村クリニック 診療予約申込書

本書は看護師・技師の方がご記入いただいても構いません。

希望日時	年　月　日(　)曜日 [9 ・ 10 ・ 11 ・ 13 ・ 14]時 診察日は、月・火・水・木・金 です
透析日	☐ 月・水・金　☐ 火・木・土 ☐ その他 (　) ☐ HDしていない(保存期、CAPDなど)

患者さま氏名	
生年月日	
男 ・ 女	初診 ・ 再診
患者ID	

↑ わかる方は、ご記入ください

■ 感染症

HBs抗原　[＋ ・ － ・ 不明]

HCV抗体　[＋ ・ － ・ 不明]

Wa-R　[＋ ・ － ・ 不明]

MRSA　[＋ ・ － ・ 不明]

その他の感染症

抗凝固薬・抗血小板薬を服用中の場合
処方内容をご記入ください

移送方法	
☐ 独歩	☐ 介助歩行
☐ ストレッチャー※注	☐ 車いす

※注　ストレッチャー入口は通常とは別になります。恐れ入りますが、来院時にはお電話下さい。

必須 **現在、どのような症状でお困りですか(受診目的)。**

☐ シャント造設依頼(新規導入患者か保存期の患者　☐ シャント瘤、動脈瘤

☐ シャントの不調(脱血不良、閉塞、音が弱い等)　☐ シャント感染(疑いも含む)

☐ その他 (　)

***下記の項目もご記入願います**

☐ PTA有り　有りの場合、直近の算定日をご記入下さい。

☐ 手術用薬剤としてヘパリンの使用　可 ・ 不可

*直近の採血のデータ(CRP、血小板を含む)も必ずご持参ください

施設名:　診療科名:

所在地:　電話:

担当医:　FAX:

この予約に関するご連絡先:　(部署)　(担当者)

〒 530 - 6012　大阪市北区天満橋1-8-30　OAPタワー12F　*http://temma-nakamura.jp*

大阪バスキュラーアクセス 天満中村クリニック

電話:06-6357-2112　FAX06-6357-3221

FAX申込み受付時間　月～金: 8時30分～17時00分、 土: 9時00分～12時00分
時間外に着信したFAXへのご返信は、翌日以降となります。