



シャント 外来予約申込書

記入日 年 月 日

①患者情報

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日(歳)
住所	〒		
電話番号	ご自宅 / 携帯		
保険者番号		記号・番号	本人・家族
公費負担者番号		受給者番号	負担割合 割

健康保険外 { 生保・自賠・労災・公災・その他 () } ↑保険証のコピーをFAXでも可

②ご依頼

VA	左 ・ 右 / 内シャント・グラフト	状態	閉塞 ・ 狭窄 ・ V圧上昇
シャント エコー結果	※実施している場合はご記入ください FV : _____ ml/min RI : _____ 狭窄部位 : _____ 狭窄径 : _____ cm		
感染症	HBs 抗原 : (- +) HBs 抗体 : (- +) HCV : (- +) TPHA : (- +)		
アレルギー	無 ・ 有 ()		
希望日	無 ・ 有 ()		
入院希望	無 ・ 有 (・ 身長 cm ・ その他)		

③新型コロナウイルス関連問診 ※以下ご確認いただき、あてはまるものに をお願いいたします

ご本人	ご家族	確認事項
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37.0°C以上の発熱
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	感冒症状、息苦しさ、強い倦怠感
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	味覚・嗅覚異常
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2週間以内の COVID-19 感染者及び疑いの方との接触
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2週間以内の県外移動歴・海外渡航歴、クラスター発生場所への出入り
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	上記該当なし

お返事

患者名 : _____ 様
受診日 : _____ 月 _____ 日 () 午前 ・ 午後 _____ 時 _____ 分 ご予約です。

紹介状・保険証・各種医療受給者証をお持ちの上、外来受付までお越しください。

普段、透析後にバンド止血をしている方は、当日止血バンドをご持参ください。

尚、診察状況により、ご案内が多少前後する場合がございます。あらかじめご了承ください。