

# 名古屋血管外科クリニック 手術・PTA依頼書

依頼日 年 月 日

医療機関

TEL

医師名

FAX

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名			年 月 日	

依頼理由

特記事項

抗凝固薬	
PT-INR	測定日 年 月 日
抗血小板薬	
ステロイド	

最終透析日	年 月 日	・	未導入
血流量	ml/min		
静脈圧	mmHg		
使用している針	A : G	V : G	

最終PTA	年 月 日
最終算定日	K616-4 (1) 年 月 日
	K616-4 (2) 年 月 日

ADL	自立 ・ 杖歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー
認知症	有 ・ 無

※当院以外でOPE、PTAされている場合は、レポートがございましたら添付をお願いします。

※心臓超音波検査レポートがございましたら添付をお願いします。

TEL : (052)744-1233

FAX : (052)744-1255