

名古屋血管外科クリニック 患者基本情報

記載日 年 月 日

医療機関

TEL

医師名

FAX

フリガナ		性別	生年月日
氏名			年 月 日
住所	〒		
TEL			

透析導入日	年 月 日 ・ 未導入
原疾患	DM・腎硬化症・多発嚢胞腎・慢性糸球体腎炎・不明 その他（ ）
合併症	DM・高脂血症・脳血管疾患・高血圧症・虚血性心疾患 その他（ ）
既往歴	

透析クール	月水金 ・ 火木土 ・ その他（ ）		
	午前 ・ 中間 ・ 夜間 ・ オーバーナイト PD併用（HD： /w 曜日）・在宅		
受診当日の状況	通院中 ・ 入院中		
現在のシャント	右・左	前腕 ・ 上腕 ・ 大腿	自己 ・ 人工
シャント作製日	年 月 日	病院	

造影剤アレルギー	無・有		造影剤名：
			症状：
アレルギー	無・有		

血液型	（ ）型 Rh（ ）	
感染症	HBV抗原（ ）	HBV抗体（ ）
	HCV抗原（ ）	HCV抗体（ ）
	TPHA（ ）	MRSA（ ） 部位（ ）

※前回から変更がなければ記入する必要がありません。

TEL：(052)744-1233 FAX：(052)744-1255

名古屋血管外科クリニック 患者基本情報

緊急連絡先			
氏名		続柄	携帯
			TEL:
住所	〒		
氏名		続柄	携帯
			TEL:
住所	〒		
氏名		続柄	携帯
			TEL:
住所	〒		

備考
<div></div>