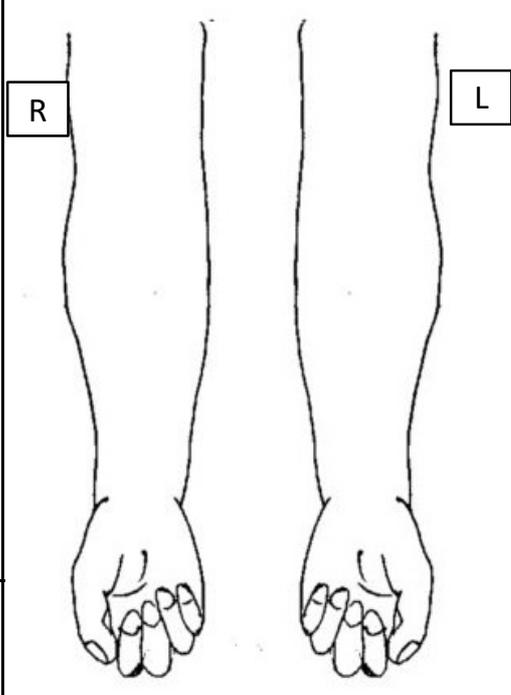


VA患者情報

石心会 さやま腎クリニック FAX番号:04-2952-0806

第1版

患者名	様	施設名	
性別	男・女	施設 電話番号	
年齢	歳		
透析日	月水金・火木土	連絡 担当者	
感染症	なし・あり ()		
造影剤 使用歴	なし・あり ()		
アレルギー	なし・あり ()		
【VA情報】			
VA術式	(左・右)(前腕・肘部) (シャント・表在化・グラフト)	前回治療日	(実施施設)
<受診内容> ・いつから ・主訴			
<現在のVA所見> ・シャント音 (良・狭窄・断続音・なし) ・脱血不良 (あり・なし) ・静脈圧上昇 (あり・なし) ・止血不良 (あり・なし) ・穿刺困難 (あり・なし) ・VAエコー検査の実施 (あり・なし) ※検査実施ありの場合 FV(ml/min) ・ RI() 狭窄(あり・なし)		<血管走行と穿刺部位> 	
<その他>			
<来院時必要書類> ・診療情報提供書 ・透析経過記録(3回分) ・採血結果 ・内服薬情報 ・VAエコー検査結果(検査を実施している場合)		・止血ベルト	