

# 紹介状 (診療情報提供書)

紹介先医療機関名 医療法人豊腎会 加茂クリニック  
担当医師 腎臓内科 鈴木 信吉 殿

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地:

名称:

電話番号

FAX

\*の項目につきましては、変更がなければ記載不要です。

診療科名

医師氏名

印

患者氏名	殿	性別	男・女
患者住所		電話番号	
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 ( ) 歳
<緊急連絡先>	氏名	(続柄: )	電話番号 ( )
<当院受診歴>	無	・	有 ID 初診

原疾患*:	その他の既往歴*:
紹介目的 (該当する項目に☑してください) ※裏面の記載をご確認ください。 <input type="checkbox"/> シャント音異常 (狭窄音・減弱) <input type="checkbox"/> 閉塞 <input type="checkbox"/> QB不良 <input type="checkbox"/> V圧上昇 <input type="checkbox"/> 瘤 <input type="checkbox"/> シャント感染 <input type="checkbox"/> シャント診察 <input type="checkbox"/> その他 ( )  (保存的治療が望ましい時は当院で判断いたします。)	
透析クール*: 月水金/火木土 昼/夜	
透析条件: (QB _____ ml/min V圧 _____ mmHg 穿刺針サイズ _____ G 止血時間 _____ 分)	
最終PTA算定日時: 年 月 日 (最終PTAが当院実施の場合は不要です。)	
シャント手術の記録: シャント手術の記録を送付ください。(一度当院に送付頂いた方は不要です。)	
ADL: 認知症 (有・無) 視力異常 (有・無) 聴力異常 (有・無) 歩行能力 (自立・杖歩行・車椅子)	
来院される方: 付き添い (有: _____ ・ 無)	
現在の処方* (お薬手帳のコピーでも可。ワーファリン内服されている方はPT (INR) を記載ください。)	
感染症の有無* <input type="checkbox"/> 未測定: HBs-Ag ( ) HBs-Ab ( ) HCV-Ab ( ) 梅毒 ( ) MRSA ( )	アレルギー歴* (造影剤 _____ ) (その他 _____ )
特記事項:	

※上記を記載して透析チャート3回分と併せてFAX (0565-34-1515) してください。  
緊急時やご相談がある場合やシャントの事で相談がある方は加茂クリニックまでご連絡ください。  
患者さんが当院に来院頂く日時を決めさせていただきます。

(対応可能時間 9:30~13:00 / 連絡先0565-34-1345)

## 当院でのシャントトラブルに対する対応につきまして

- ◇シャントトラブルの診察、改善を図るための処置を選定し行います。
- ◇シャント設置手術をされる患者さんは術後合併症の早期発見や早期対応のために自己血管であれば1日程度、人工血管であれば1週間程の入院をお勧めしています。
- ◇手術の経過や患者さんの希望に応じて日帰り、入院期間の短縮も可能です。
- ◇血管内治療をされる患者さんは合併症（破裂や閉塞など）で手術が必要になれば基本的に日帰りです。針を刺しますので抜いた後の止血のため止血バンドをお持ち下さい。