

# 透析合併症外来 診療情報提供書

患者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

透析導入施設  東京医科歯科大学医学部附属病院  その他 ( \_\_\_\_\_ )

透析導入日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

原疾患  糖尿病性腎症  慢性糸球体腎炎  腎硬化症

その他 ( \_\_\_\_\_ )

透析シフト  月水金・ 火木土  午前・ 午後  その他 ( \_\_\_\_\_ )

バスキュラーアクセス (VA)  右・ 左  前腕・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

内シャント・ 人工血管内シャント・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

VA 作成施設  東京医科歯科大学医学部附属病院  その他 ( \_\_\_\_\_ )

VA 作成日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

既往歴

希望される検査・指導についてチェックをお願いします

- シャント超音波検査
- 腹部超音波検査
- 心臓超音波検査
- 頸動脈超音波検査
- 骨密度検査 (DEXA) ( 大腿骨  その他 \_\_\_\_\_)
- 心電図 (コメント  要  不要)
- 血圧脈波検査 (ABI/PWV)
- 栄養指導 (総エネルギー \_\_\_\_\_ kcal 蛋白質 \_\_\_\_\_ g  カリウム制限  リン制限)  
※ 指導内容にご希望があればご記載ください
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

貴施設名 \_\_\_\_\_

主治医名 \_\_\_\_\_