

# 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 \_\_\_\_\_