**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

□　頚動脈超音波検査

□　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**

**東京医科歯科大学医学部附属病院腎臓内科**