

外来血液透析依頼用紙

患者氏名 様

性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
生年月日	年	月	日

住所

施設	
連絡先	- -

時間帯（複数チェック可）
<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 夜間（土祝は15時～）
<input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> オーバーナイト

・院内送迎は運転手のみで運行しています。ステップの昇降ができない方、見守りが必要な方は安全にご利用できません。
 ・乗り合いバスのため、時間や曜日のご希望に添えない場合があります。
 ・夜間・オーバーナイトは、就業している方が対象となります。
 ・オーバーナイトは別に基準を設けています。HPをご参照下さい。

通院方法
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護タクシー
<input type="checkbox"/> 家族送迎 <input type="checkbox"/> 送迎希望

ADL ※看護サマリーがあれば不要です
<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> バギー使用
<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他（ ）

ステップの自力昇降 ※送迎希望の場合
<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

感染症		
HBs抗原 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未検査	HCV抗体 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未検査	その他
HBs抗体 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未検査	HCV-RNA <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 未検査	〔 〕

認知症
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

危険行動 ※認知症ありの場合
<input type="checkbox"/> 看護サマリー参照

透析中の状況 ※認知症ありの場合
<input type="checkbox"/> 看護サマリー参照
<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 適宜見守り <input type="checkbox"/> 常に見守り

その他

外来診察希望日 ※見学のみも可能です。当院をご希望の場合、転入前に外来診察が必要になります。	
<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 見学のみ	第1希望 月 日 曜日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	第2希望 月 日 曜日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後

添付データ ※可能であれば添付してください
<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 透析サマリー
<input type="checkbox"/> 採血データ <input type="checkbox"/> 看護サマリー

連絡先	
TEL	06-6368-7441（直通）
FAX	06-6368-7440（直通）