FAX 送付先：順天堂医院　メディカル・コンシェルジュ　FAX：03-3818-7880

順天堂医院　腎・高血圧内科
透析合併症外来専用診療情報提供書

患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　**性別：**　☐男　/　☐女

生年月日：　☐昭和/☐平成/☐令和/☐西暦＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

年齢：＿＿＿＿歳　**順天堂院 ID**（お持ちの方のみ）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

血液透析導入日：☐昭和/☐平成/☐令和/☐西暦＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

導入施設：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

原疾患：　☐糖尿病　☐慢性糸球体腎炎　☐慢性腎盂腎炎　☐腎硬化症　☐多発性嚢胞腎
☐急速進行性糸球体腎炎　☐SLE　☐その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

血液透析シフト：　☐月・水・金　⇒　☐午前/☐午後/☐夜間
☐火・木・土　⇒　☐午前/☐午後/☐夜間
☐その他　（　　　　　）

バスキュラーアクセス：　☐内シャント　⇒　☐左　/　☐右
☐動脈表在化　⇒　☐左　/　☐右
☐グラフト　⇒　☐左　/　☐右
☐カフ型（長期留置）カテーテル　　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

<u>透析合併症外来で希望される検査</u>

☐胸・腹部単純 CT（造影 CT は行っておりません）　☐頚動脈エコー　☐ABI・CAVI
☐副甲状腺エコー　☐心エコー

<u>オプション検査</u>

☐骨密度（DEXA）　☐上部消化管内視鏡　☐下部消化管内視鏡　☐頭部単純 MRI

<u>その他ご希望がございましたらお書きください</u>

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

貴施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご連絡先電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

紹介年月日：　令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

主治医名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**印**