

VAセンター受診依頼書		受診日	
		予約時間	
施設名			
患者氏名	年齢	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他
バスキュラーアクセス	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 内シャント <input type="checkbox"/> グラフト <input type="checkbox"/> 動脈表在化（兼内シャント） <input type="checkbox"/> カフ型カテーテル	
受診理由	<input type="checkbox"/> 閉塞 <input type="checkbox"/> 狭窄 <input type="checkbox"/> 脱血不良 <input type="checkbox"/> 静脈圧上昇 <input type="checkbox"/> 穿刺困難 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 瘤 <input type="checkbox"/> 定期受診 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
禁忌薬	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り（ ）		
指示血流量	mL/min	脱血不良時の血流量 (※脱血不良を認める場合のみ)	mL/min
※グラフトの場合はなるべく入力をお願いします			
グラフトの静的静脈圧	基準とする値 (作製後やPTA後など)	mmHg	直近の値 測定日 月 日
穿刺部位	*** 別sheetにイラスト等がありますのでコピー&ペーストして下さい ***		
コメント			
サイン：			