

シャントPTA(透析シャント血管拡張術)問診表

記入日 年 月 日

お名前

診察券番号(ID)

性別 男女

年齢

歳

該当の項目に☑チェックをして下さい

1. シャント 右 左

2. 透析曜日 月水金 火木土 その他(月火水木金土)

3. かかりつけ透析病院

三次中央病院 加美川クリニック 三次地区医療センター 府中北市民病院

千代田中央病院 こぶしの里クリニック その他()

4. かかりつけ透析病院からの紹介状がありますか? ある ない

5. 過去にシャントPTA(透析シャント血管拡張術)を受けた事がありますか?

ある ない

その際に気分が悪くなったなどのアレルギー症状がありますかある ない

ある場合はどんな症状ですか

(皮膚が痒い 皮疹 頭痛 吐き気 血圧低下 呼吸困難

その他具体的に()

6. 過去にシャントPTAを受けた事のない方で、造影剤を使用したことがありますか?

ある ない 分からない

その際に気分が悪くなったなどありますか ある ない

ある場合はどんな症状ですか

(皮膚が痒い 皮疹 頭痛 吐き気 血圧低下 呼吸困難

その他具体的に()

7. 過去に造影剤アレルギー歴のある方は、今回の治療でのアレルギー予防のためにステロイド薬(メドロール)を治療日と治曜日前日に内服されてきましたか

内服してきた 内服してない わからない

8. 注射や薬で気分が悪い、発疹が出たなどのアレルギーを起こしたことがありますか?

ある ない

ある場合はどんな症状ですか

(皮膚が痒い 皮疹 頭痛 吐き気 血圧低下 呼吸困難

その他具体的に()

9. 現在妊娠あるいは、妊娠の可能性がありますがある ない 分からない

10. 他、本日の治療、体調で気になることがあれば記載してください