排液中皮細胞診依頼書

施設所在地は初めて依頼される施設のみで結構です　　　　　　　　　　　　　　　　 　19.10

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼日：　　　 　年　 月　 日 | 担当医師名 |
| 施設所在地　〒 |
| 施設名および診療科 |
|  | 　　　才 | 男・女 | この患者様は初回：□Yes・□No |
| ※透析歴　　 | 透析導入　　 　年　　月 | HD・PD・HD併用( 回/W)・その他( 　 ) |
| 療法変更　　　 年　 月 | HD・PD・HD併用( 回/W)・その他( 　 ) |
| 療法変更　　　 年　 月 | HD・PD・HD併用( 回/W)・その他( 　　 ) |
| 療法変更　　 　年　 月 | HD・PD・HD併用( 回/W)・その他( 　　 ) |
| 療法変更　　 年　 月 | HD・PD・HD併用( 回/W)・その他( 　 ) |
| 療法変更　　 　年　 月 | HD・PD・HD併用( 回/W)・その他( 　 ) |
| 療法変更　　　 年　 月 | HD・PD・HD併用( 回/W)・その他( 　 ) |
| 原疾患 | 主な合併症 |
| 腹膜炎回数　　　　　　回　　（※最近の発症日　　　　 　年　　　月　　 日） |
| 臨床所見 | □腹膜機能低下　□除水不良　□腹水貯留（　　　　mL/日）□イレウス　□EPS（疑い・確定）　□その他( ) |
| 画像所見 | □腹膜肥厚　□石灰化像　□癒着像　□イレウス像　□腸管塊状形成 |
| その他 | □血性排液　□血清Alb低下　□CRP持続陽性　□ステロイド投与中 |
| その他特記すべきこと: |
| PD液 | 平均的処方： （イコデキストリン：　回/W） |
| ※　製品名： |
| １日平均除水量　　　　 mL | 最近のPET(D/P-Cr):　　　　　(　　 年　月) |
| ※採取液 | □ＰＤ排液（　　　　％液　　　　時間貯留）□洗浄液（□貯留なし・□貯留あり　　　時間貯留）　　□生食　□PD液(製品名　　　　　　 　)　□その他（　　　　　　　）□腹水 |
| 採取日時：　　　 月　　　日　　　　時 |
| 依頼主訴 |
| 中皮細胞診の研究に必要ですので必ず記入お願いいたします。特に※印の欄は正確に記入お願いいたします。 |