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。 | | | | | | | | |