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				
患者氏名（ふりがな）		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。