

# シャント評価チェック表

患者氏名

様

※事前に透析情報を把握するためのものです。ご記入をお願いします。

評価項目	状態
・シャント音・スリル <small>※シャント音のみ5段階評価でお願いします。 5が一番良好な状態です。</small>	(シャント音) → 1・2・3・4・5
	(スリル) → 強い ・ 弱い
	(狭窄音) → あり ・ なし
・シーネ固定の有無	あり ・ なし
・止血方法 止血時間	用手・バンド・自己 ( 10 分 )
・危険行為(自己抜針等)の既往	
・シャント手術既往歴 (造設した日付・施設名も)	
・透析中トラブルの既往 <small>※脱血不良や穿刺ミス等があれば記入をお願いします。</small>	
・備考欄	

記載日

記載者