

【CVC】 申込書 兼チェックリスト

病院名 施設名			TEL	
			FAX	
申込者	氏名： (職種：)			

フリガナ			
患者氏名	様		

PICC・CVC・ポート留置歴	無	・	有 (部位：)
ペースメーカー	無	・	有
透析シャント	無	・	有 (部位：)
リブレ装着	無	・	有
高血圧	無	・	有
糖尿病	無	・	有
緑内障	無	・	有
抗凝固薬	無	・	有
感染症	無	・	有
アレルギー	無	・	有
貼付薬の使用	無	・	有 → 当日は前胸部以外に貼って下さい
CVC留置希望部位	右	・	左 胸 ・ 腕
意思疎通	良	・	不良
移動	自立	・	要介助
認知症	無	・	有
酸素	無	・	有 → ネーザル・マスク () L
点滴	無	・	有
希望日 <small>基本的には木・金でお願いしています 急ぎの場合は、要相談可</small>			
来院方法	自家用車	・	施設車 ・ その他 ()
付き添い	無	・	有 → (続柄：)
保険会社の診断書	必要	・	不要
指定難病	無	・	有 → 難病医療費助成制度の利用 する・しない

<備考>

※ご予約は、申込書（本用紙）と紹介状をFAXして下さい。折り返し、担当よりお電話致します。
 ※貴院入院中の方についても、田岡病院で保険証の提示や会計が必要である旨を本人、ご家族様へお伝え下さい。