

【CVC】申込書 兼チェックリスト

※ご予約は、申込書（本用紙）と紹介状をFAX（088-612-8630）して下さい。折り返し、担当よりお電話致します。

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（ 抗菌剤[+]の方は使用希望薬剤を指定して下さい（ ）
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 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	
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

【来院時のお願い】

・ 貴院入院中の方についても、田岡病院で会計が必要となります。

・ 来院時は必ず保険証もしくはマイナ保険証、紹介状（原本）をご持参下さい。

・ 来院しましたら患者支援センターにお声がけ下さい。また10分以上遅れる場合は、必ずご連絡下さい。

【備考】