

【PICC】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<br>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：）                          |
| PICC留置希望部位                                              | 右 ・ 左                               |
| 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                               |
| 抗凝固薬                                                    | 無 ・ 有                               |
| 感染症                                                     | 無 ・ 有                               |
| アレルギー                                                   | 無 ・ 有（<br>抗菌剤[+]の方は使用希望薬剤を指定して下さい（） |
| 上腕浮腫                                                    | 無 ・ 有 右 ・ 左                         |
| 上腕拘縮                                                    | 無 ・ 有 右 ・ 左                         |
| 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<br><small>基本的には木・金でお願いしています<br/>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          |

【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】