

CVポート造設 申込書

申込日： 年 月 日



済生会小樽病院
地域連携課 宛

医療機関

所在地

電話番号

FAX番号

患者	フリガナ	生年 月 日		☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 西暦				
	氏名	様 ☐ 男 ☐ 女	年 月 日 (歳)					
	当院（済生会小樽病院）の受診歴 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明							
住所	〒							
電話番号	携帯電話 自宅							
身長・体重	身長： cm		体重： kg					
vital signs	呼吸()回/分		体温：()°C		血压 /		脈拍()回/分	
アレルギー	ヨード剤 ☐ なし ☐ あり ☐ 不明							
	キシロカイン ☐ なし ☐ あり ☐ 不明							
	抗生剤 ☐ なし ☐ あり ☐ 不明							
	その他 ☐ なし ☐ あり ☐ 不明							
感染症	☐ 検査済：HBs抗原(+、-) HCV抗体(+、-) 梅毒反応(+、-) ☐ 未施行 ☐ 不明							
抗血栓薬	☐ なし ☐ あり(診療情報提供書 別紙記載)							
糖尿病薬	☐ 不明							
酸素等	酸素： ☐ なし ☐ あり() サクシヨン： ☐ なし ☐ あり (回)							
褥瘡	☐ なし ☐ あり 部位 ()							
特記事項	☐ 禁忌 部位 () 体位 () ☐ その他 ()							
ADL	☐ 自立 ☐ 車いす ☐ ストレッチャー							
認知機能	認知症： ☐ なし ☐ あり (危険行動・周辺症状等)							
都合の悪い日時	月 日		AM・PM					
	月 日		AM・PM					

注意事項

- 1.受け入れ時間は、原則、午前9時とさせていただきますので、午前9時前に付添者同伴でご来院ください。
- 2.感染予防のため、前日入浴、または清拭のうえご来院ください。
- 3.服装は、金属がない前開きの衣類を着用いただき、装飾品や入れ歯は外してご来院ください。
- 4.ポート挿入付近（前胸部上方）に貼り薬は貼用しないようにしてください。
- 5.当日は、保険証、及びお持ちの方は、お薬手帳、ペースメーカー手帳をご持参ください。
- 6.本状と共に、診療情報提供書、採血データを事前送付いただき、当日は各原本を持参ください。