

上田病院・CVポート造設術 申込書

◆ 手術申込可能日

木曜日 午後

※ 曜日については変更になる可能性があります。

◆ 手術希望日

日帰り手術希望 1泊手術希望

① 月 日 (木 曜)

② 月 日 (木 曜)

特に希望なし 都合の悪い日()

◆ 依頼元機関

所在地
名称
TEL
FAX
担当者名

◆ 患者情報 当院受診歴 (有 ・ 無 ・ 不明)

ふりがな	性別	生年月日	明・大・昭・平
氏名	男・女	年 月 日 (歳)	
主病名:			
現状: 施設入所中 ・ 自宅	移動方法: 車いす ・ ストレッチャー		
身長: cm	体重: kg	感染症の有無: (採血日:)	
拘縮: 有(部位: 程度:)・無		抗凝固剤内服: あり ・ なし	
O2: 有 ・ 無	吸引: 有 ・ 無	気管切開: 有 ・ 無	褥瘡: 有(部位:)・無

◆ 交換日決定時連絡先

- 紹介元へ連絡
 その他への連絡

名称:	TEL:
入所施設(担当者:)・親族(続柄:)	FAX:

◆ 注意事項

- * 診療情報提供書とともにFAXしてください。
- * 2週間以上の余裕をもってご依頼ください。
- * 手術当日に同意書にご署名をしていただくこととなります。
可能な限り、ご家族様も来院していただくようお願い致します。
- * ご不明な点はお問い合わせください。

【 上田病院 地域連携室 】

TEL 06-6151-3158 (直通) TEL受付時間 平日 9時00分～16時30分
FAX 06-6152-8532 (直通) 土曜日 9時00分～11時30分