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 氏 名		性 別 男・女	生年月日　明・大・昭・平 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	
02：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　06－6334－9441　（直通）　　TEL受付時間　平 日　9時00分～16時30分

FAX　06－6151－3718　（直通）　　土曜日　9時00分～11時30分