関西医科大学総合医療センター　FAX（06）6993-9488

CVポート増設　紹介状兼申込書

令和　　年　　月　　日

関西医科大学総合医療センター
放射線科血管造影室　宛

医療機関名
医 師 氏 名
住所
電話番号：　　FAX番号：

【 申込先 】
地域医療連携部　病診連携課
（TEL 06-6993-9444）

患者	フリガナ 氏　名　　様　□男　□女	生年月日	□大正　□昭和　□平成　□西暦 年　月　日（　　）歳
	関西医科大学総合医療センターの受診歴　□有　□無		

患者住所	〒
身長・体重	身長：　　cm　　体重：　　Kg
vital signs	呼吸（　　）回/分　体温：（　　）℃　血圧　　/　　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（＋、－） □検査未施行　□不明
抗血栓薬 糖尿病薬	□なし　□あり　□不明 薬剤名（　　）
点滴・酸素	点滴：□あり　□なし　　酸素：□あり　□なし
内服薬	
増設部位	部位・左右等（　　）
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
来院方法	□病院車　□介護タクシー　□自家用車　□その他（　　）
付き添い者	氏名：　　夫・妻・子ども・孫、その他（　　）

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. 当日は、南館1階から、直接地下1階「血管造影室」にお越しください。
3. 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。
4. 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。
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、紹介状、採血データ、同意書を送付頂くとともに、当日は紹介状、同意書を持参ください。
7. 予約日の変更を希望される際は、上記にご連絡ください。