

胃ろう交換予約依頼書及び診療情報提供書

大阪医科薬科大学三島南病院

地域医療連携室 御中

高槻市玉川新町8-1

TEL 072-677-1337(直通)

FAX 072-677-3366(直通)

受付時間 (FAXは24時間受付)

月～金曜日 9時から16時50分

土曜日 9時から12時00分

お申込日

年

月

日

医療機関名

医師名

担当者名

TEL

FAX

フリガナ	大・昭・平・令	年	月	日 ()歳	男・女
患者氏名	現住所 〒	-			
		TEL	-	-	
保険者番号		公費負担番号			
記号・番号		受給者番号			

チェックリスト(いずれかに○、☑、また記入をしてください)

- ・ 前回交換日より4か月以上あいていますか (はい ・ いいえ) 前回交換日: 年 月 日
- ・ 現在、PEGトラブルがありますか (はい ・ いいえ)
「はい」の場合: トラブル内容 ()
- ・ 現在、留置しているPEGの種類は何ですか ☐ エンドピブ ☐ その他 ()
サイズ Fr cm
- ・ アレルギーはありますか (はい ・ いいえ)
「はい」の場合: ☐ 薬 ()
☐ 食べ物 ()
☐ その他 ()
- ・ 抗凝固薬を服用していますか (はい ・ いいえ)
「はい」の場合: 薬剤名 ()
- ・ 意思疎通はできますか (はい ・ いいえ)
- ・ 処置中、じっとできますか (はい ・ いいえ)

注意事項(お読みになりましたら、☑をつけてください)

- ☐ 処置 処置当日は朝及び昼の注入食は中止してください。ただし、薬の注入は可能です。
- ☐ 13時過ぎからの処置のため、12時40分までに来院して受付を済ませてください。
- ☐ 当院の胃ろう交換は水曜午後に行っています。

希望交換日

第1希望 年 月 日 (水)

第2希望 年 月 日 (水)

傷病名

紹介目的

現在の処方