

胃瘻交換依頼票

地域連携支援センター専用 FAX 0568-62-8222

社会医療法人 志聖会
総合犬山中央病院

消化器内科 先生

年 月 日

該当する項目にレ印

***依頼** 診察 検査
 【希望日】 第1 年 月 日()
 13時 13時半 14時
 第2 年 月 日()
 13時 13時半 14時
 希望日無し
 【都合が悪い日】 年 月 日()
 電話事前予約 有 無
 移動手段 独歩 車いす ストレッチャー

医療機関名
医師名
TEL () —
FAX () —

患者氏名(フリガナ)		男・女	
患者住所 〒 —	生年月日 M・T・S・H 年 月 日生(歳)		
	TEL () —		
	携帯 — —		
PEG情報	現在留置されているカテーテルの種類・サイズ等		
前回交換日 年 月 日	メーカー名	種類	カテーテル外径
			シャフト長

既往歴及び病歴

*現在の状況、胃瘻、瘻孔の状況、ご希望のカテーテル等の申し送り事項をご記入下さい。

別紙参照

処方内容等

別紙参照

*薬剤アレルギーの有無 有() ・ 無

*休薬開始予定日 月 日より(主治医の指示に従って下さい。)

◎前もって抗血小板薬等の休薬をお願いします。

◎感染症検査は不要です。