

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

該当する項目にシ印

*依頼 診察 検査

【希望日】 第1 年 月 日()

月/13:30 火/13:30 水/11:30 木/11:00

第2 年 月 日()

月/13:30 火/13:30 水/11:30 木/11:00

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。