

# 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( )

□月/13:30 □水/11:00

第2 年 月 日( )

□月/13:30 □水/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。