

香芝生喜病院 胃ろう交換依頼書

TEL	0745-44-8005(直通)
-----	------------------

- ①お電話にて交換のご予約を承ります。
- ②本紙 胃ろう交換依頼書をFAXしてください。
- ③ご予約後、すぐに当院からFAXする**受付票**を患者様へお渡しください。

香芝生喜病院	地域医療連携室	FAX	0745-71-8120(専用)
紹介元医療機関情報(必ずご記入ください。)			交換日 ①お電話にて予約 月 日 () : ~
名称	_____		
電話	_____		交換日当日は③受付票を受付へ お持ちください。
FAX	_____		
医師名	_____		

●患者基本情報 (当院に受診歴のある場合、患者IDも記載してください。患者ID: _____)

フリガナ		性別	生年月日
患者様 氏名	様	男・女	M・T S・H 年 月 日
連絡先	-	-	

病名・交換目的・臨床経過・服用薬剤・既往歴等 (貴院の診療情報提供書等を使用して頂いても結構です。)

※ペグ挿入部の状態(現在のペグサイズで変更ないか、皮膚トラブル等ないか必ずご記入ください。)

●現在服用のお薬について

抗血栓薬の服用 (有 ・ 無)

その他の内服薬 (_____)

●胃ろう情報

実施機関: _____ 最終交換日: _____ 年 月 日

カテーテルの種類 製品名 (_____)

型名 (バルーン ・ バンパー) (ボタン ・ チューブ)

太さ × 長さ (_____ Fr) × (_____ cm)

※ペグカードをお持ちの場合は、コピーを必ず添付してください。 添付 (有 ・ 無)

(注) 交換当日、予約票を初診受付に提出頂きますようお願いいたします。

予約受付時間(祝日は除く)

地域医療連携室 : 月~金 9:00~19:00 土 9:00~17:30 0745-44-8005(直通)

上記受付時間以外は医事課で対応し翌日(祝日は除く)、地域医療連携室よりご連絡いたします。 0745-71-3113(代表)