

胃瘻交換依頼・予約票

耕和会 迫田病院 内視鏡室 宛 FAX番号 0985-53-3631

記載日 平成 年 月 日

ふりがな								
氏名		男・女		歳	明・大 昭・平	年	月	日生
紹介元	施設名				担当者名			
	連絡先	電話	()	—	FAX	()	—	
	腹部手術歴	あり	病名		施行術式			
		なし	施術時期		年	月	施術機関	
	感染症	HBS () HCV () TPHA () MRSA ()						
胃瘻	造設日	年 月 日						
	種類	() 社製						
		(ボタン・チューブ) 型 (バンパー・バルーン) タイプ () Fr × () cm						
	最終交換日	年 月 日						
胃瘻トラブル	あり	※ありの場合は、具体的な症状の記載をお願いします。						
	なし							
注入栄養剤	朝)	注入内容 () ml	白湯 () ml	食塩 () g				
	昼)	注入内容 () ml	白湯 () ml	食塩 () g				
	夕)	注入内容 () ml	白湯 () ml	食塩 () g				
	その他)							
処方内容	※抗凝固剤、抗血栓薬については詳細に記載をお願いします ※お薬手帳等、内服内容が分かるものをお持ちの際は、当日ご持参ください							
活動	ADL	<input type="checkbox"/> ストレッチャー		<input type="checkbox"/> 車いす		<input type="checkbox"/> その他 ()		
	来院方法	<input type="checkbox"/> 自家用車		<input type="checkbox"/> 施設車		<input type="checkbox"/> 介護タクシー		
付随情報	※希望日は、2週間後以降の日にちをにお書きください							
	交換希望日	<input type="checkbox"/> 第1希望 () 月 () 日		<input type="checkbox"/> 第2希望 () 月 () 日				
	<input type="checkbox"/> 日帰り交換希望 (当日11時半来院 — 胃瘻交換 — 帰宅)							
<input type="checkbox"/> 1泊2日交換希望 (当日11時来院 — 諸検査 — 胃瘻交換 — 入院)								
※担当部署より入院に関する案内・説明を同伴者に行います								

- ・ 上部の予約表に必要事項を記載していただき、FAXにてお申し込みください
- ・ 予約日を調整・決定次第折り返しお電話いたします
- ・ 当日の朝は、栄養剤の注入は行わないでください。交換後より注入可能となります。
- ・ 交換予約日は、【月曜日・水曜日・金曜日】のみとなります