

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 令和 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 | 手術時期 年 月 | 手術機関 | 病院 |
| | 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週間後以降の日にな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