

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 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					
		① (バンパー・ボタン) 型 ② (バルーン・チューブ) 型 () 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、【水曜日・金曜日】のみと変更になっております。