

【胃ろう交換】地域連携予約申込書・診療情報提供書

胃ろう交換は原則火曜日14:00～15:00のみとなります。

岐阜・西濃医療センター 西濃厚生病院

申込日 令和 年 月 日

医療機関名

診療科・医師名

内 科

住 所

担当 医師

電 話 番 号

FAX 番 号

※チェックボックス□の該当するものに☑を入れてください。

フリガナ				
患者氏名	男・女	生年月日	T・S・H・R 年 月 日生(歳)	
郵便番号	〒 -		電話番号	
住 所				
基礎疾患	主病名			
	その他	心疾患 _____ 呼吸器疾患 _____ 血液疾患 _____ 神経疾患 _____ その他 _____		
現在の処方				
抗血小板の使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	薬剤名()→(/)より中止可能		
抗凝固剤の使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	薬剤名()→(/)より中止可能		
前回交換日	年 月 日	実施機関	<input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> その他 ()	
現在のカテーテル(分かる場合) メーカー・種類・サイズ				
ご希望の カテーテルの種類	<input type="checkbox"/> 同じカテーテル <input type="checkbox"/> バンパー・ボタン型 <input type="checkbox"/> バンパー・チューブ型 <input type="checkbox"/> バルーン・ボタン型 <input type="checkbox"/> バルーン・チューブ型			
自己抜去の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 僅少 <input type="checkbox"/> 無			
症 状 経 過 ※別用紙でも可				
来 院 方 法	<input type="checkbox"/> ストレッチャー(乗換→必要・不要) <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> リクライニング式車いす <input type="checkbox"/> 独歩			
交 換 希 望 日	第一希望日	令和 年 月 日(火)	時	分
	第二希望日	令和 年 月 日(火)	時	分
	第三希望日	令和 年 月 日(火)	時	分

※栄養投与について、交換当日の朝は通常通り、昼は白湯300mlでお願いします。

岐阜県厚生農業協同組合連合会 岐阜・西濃医療センター
西濃厚生病院 患者サポートセンター
電話:0585-36-3200 FAX:0585-36-3300