

胃瘻造設・交換予約申込書（患者連絡票）

医療法人(社団)有恵会 香里ヶ丘有恵会病院 (FAX:072-860-1730)
先生

貴院情報	貴院名		
	所在地	医師名	
	TEL		
	FAX	取次担当者名	

患者情報	フリガナ	男	生年月日	大正・昭和・平成		
	氏名	女		年 月 日 (歳)		
住所	〒			電話番号		

紹介目的 胃瘻造設 ・ 胃瘻交換 受診歴 あり
 なし
 不明
 ※ 診療情報提供書(紹介状)は受診当日ご持参ください

電話予約日時 平成 年 月 日 時 分から
 独歩 車いす ストレッチャー その他

胃瘻造設日： 年 月 日 最終交換日： 年 月 日
 種類()社(ボタン・チューブ)型(バンパー・バルーン)タイプ()Fr()cm

腹部手術歴 無 有 (手術名)
 感染症の有無 なし あり (HBsAg ・ HCVAAb ・ TPHA ・
 不明 Wa-R ・ MRSA)
 PEG 状態 トラブル 無 有 ()
 胃 抗凝固・抗血小板剤 服用していない 服用している ()
 瘻 ※服用している場合、中止の適否をご判断下さい。(中止 ・ 継続)
 交 鎮痙剤の使用 ブスコパン 可 否 グルカゴン 可 否
 換 体重 直近の増減 有 無 現在の体重 () kg
 義歯の有無 有 無

《胃瘻造設・交換予約方法》
 地連に TEL いただき予約日時を決定後、胃瘻造設・交換予約申込書（患者連絡票）を FAX してください（この用紙）→ 当院より予約通知書を FAX いたします
 ※胃瘻造設希望の場合、まずは外来受診のご予約となります

医療法人(社団)有恵会 香里ヶ丘有恵会病院 地域連携室
 〒573-0084 枚方市香里ヶ丘 5-8-1
 TEL：072-853-1181(代表)
 TEL：072-854-1371(地域連携室)
 FAX：072-860-1730(地域連携室)