

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 TEL FAX	医師名 取次担当者名
------	--------------------------	-------------------

患者情報	フリガナ 氏名	男 女	生 年 月 日	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
 ※ 診療情報提供書(紹介状)は受診当日ご持参ください なし
 不明

電話予約日時 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)