

FAX: 072-789-8193 TEL: 072-789-8194 (直通)

当院受診歴: 無・有 (ID:)

川西市立総合医療センター 胃ろう交換申込書

紹介元医療機関名:

住所

紹介元医師名:

TEL:

FAX:

◆患者情報

患者氏名

性別

生年月日

フリガナ

男

大正・昭和

女

平成・令和

年

月

日

歳

住所

電話番号①

(固定)

電話番号②

(携帯)

交換予約希望日

① 月 日 () ② 月 日 () ③ 月 日 ()

※ 物品等の準備が必要となりますので、ご希望日の2週間前までにお申し込みください。

交換状況

 初回 2回目以降 (最終交換日: 年 月 日)胃ろう
造設施設 他院
(施設名:) 川西市立総合医療センター

胃ろうの種類

現在

製品名 ()

種類 チューブ型 ボタン型 パンパー パルーン

太さ × 長さ (Fr) × (cm)

変更希望

 なし あり (種類: サイズ: Fr × cm)

※ PEGカードをお持ちの方はコピーを添付してください。

来院方法

 ストレッチャー 車椅子 その他 ()

付添い

 家族 (続柄:) その他 ()

※ 同意書を発行しますので、必ずキーパーソンのお付き添いをお願いいたします。

【胃ろう交換当日の注意事項】

注入食 : 朝の注入食は中止してください。処置が終了するまで注入食は中止となります。**内服** : 朝の内服は済ませてください。**白湯** : 制限はありません。**交換後** : 内服・注入食は処置終了後より再開となります。

【ご案内】

- ・体調不良の際は、事前に患者支援センターまでご連絡ください。
- ・交換当日は消化器内科医の診療を受けた後、内視鏡センターで胃ろう交換を行います。ご本人の状態により、鎮静剤を使用する場合があります。

※ 診療情報提供書を添付の上、お申し込みください。日程を調整し [診療予約票] をFAXいたします。

交換当日は、診療予約票、診療情報提供書 (原本)、PEGカードをご持参ください。