

FAX番号 0258-30-1630

長岡中央総合病院

胃瘻チューブ交換検査申込兼

診療情報提供書

病院・診療所

医療機関名 \_\_\_\_\_ 医院・クリニック

医師名 \_\_\_\_\_

氏名	フリガナ	性別	初診・再診	当院ID				
		男・女	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	才
住所	〒 _____							電話番号

\*保険証及び公費等医療証をFAXしていただければ、保健情報の記入は不要です

保険証記号番号	_____	医療証負担者番号	_____
保険者番号	_____	医療証受給者番号	_____
被保険者区分	本人 ・ 家族	負担割合	_____ 割

検査希望日	年	月	日 ( )	午前11時	※火・木・金のみ
-------	---	---	-------	-------	----------

\*必ずご記入ください

\*病名 \_\_\_\_\_

\*胃瘻カテーテル交換目的 破損・汚れ・定期交換・他 \_\_\_\_\_

\*前回交換日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 (交換した医療機関名 \_\_\_\_\_)

\*現在使用の機具 製品名 \_\_\_\_\_ サイズ \_\_\_\_\_ Fr シャフト長 \_\_\_\_\_ cm

\*交換に使用する機具の希望

- ・ 前回のものと同様のもの
- ・ 前回のものの変更希望
- ・ バルーンチューブ型 (20Frのみ)
- ・ バンパーボタン型 (20Frのみ)
- ・ バンパーチューブ型 (20Frのみ)

※上記3種類以外の器具の取り扱いはありません

\*変更理由の記入をお願いします (例: 今後は施設交換とするため 等)

\*処方内容 (抗凝固剤、抗血小板剤等を処方されてる場合、休薬可能か否か明記ください)

\*経口摂取 ある ・ なし

\*来院方法 徒歩 ・ 車イス ・ ストレッチャー

\*交換後転帰 施設 ・ 在宅 ・ 他 ( )

\*その他連絡事項 \_\_\_\_\_

長岡中央総合病院 病診連携室

〒940-8653 長岡市川崎町 2041

Tel 0258-35-3700 (内線 2320) 直通 Fax 0258-30-1630