

F A X 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 I D				
		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 F A X 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
-------	---	---	-------	---------

\*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 \_\_\_\_\_ F r シャフト長 \_\_\_\_\_ c m

\*交換に使用する機具の希望 バンパー型・ボタン型・バルーン型・他 ( )

\*栄養剤 \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ カロリー/日 投与 (投与時間: \_\_\_\_\_ ml/ \_\_\_\_\_ 時間 × \_\_\_\_\_ 回/日)

\*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

\*夜間不穏 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