

胃瘻交換(診療情報提供書)



東戸塚記念病院

【TEL/FAX】 **045-825-7970**

地域医療連携室 ※先にFAXを送って頂いた後に、お電話下さい

平成 年 月 日

(施設名)		紹介元 (紹介医師名)	
患者氏名 (かたが) (氏名)		生年月日 □ 明治 □ 大正 □ 昭和 □ 平成 年 月 日	
患者電話番号 自宅： - - 携帯： - -		傷病名	
経過 (症状・検査結果・治療・現在の処方等)			
抗血小板剤・凝固剤について □ 有 □ 無 有の場合 ⇒ 薬剤名 【 】		抗血小板剤・凝固剤の中止の可否 □ 可能 □ 不可能 ※ 年 月 日 から中止可能	
ワーファリン服用の有無 □ 有 □ 無 有の場合 ⇒ PT-INR値 【 ※予約日から1ヶ月以内 】 □ 当院でPT-INR値検査希望			
アレルギーの有無 □ 有 □ 無 有の場合 ⇒ アルギン 【 】		ピロリ菌 除菌歴 □ 有 □ 無	
既往歴・手術歴 □ 高血圧 □ 糖尿病 □ 喘息 □ COPD □ 緑内障 □ 心疾患 □ 前立腺肥大症 □ 心臓ペースメーカー・植込型除細動器 □ 脳梗塞 □ その他 【 】			
胃瘻交換 (今回希望のカテーテルの種類・サイズ・長さ) ※必ず記載			
□ 変更無し		種類 【 】 サイズ×長さ 【 Fr 】 × 【 cm 】	
□ 変更希望		備考 【 】	

交換希望日		
第一希望日 月 日 ()	第二希望日 月 日 ()	第三希望日 月 日 ()

※ 予約日時は【月・水・木 AM中】に限定させていただきます。

※ 消化器内科の予約枠・内視鏡検査の予約枠に限りがございますので、希望日に予約が取れない事があります。予めご了承下さい。

東戸塚記念病院 地域医療連携室

更新日：平成30年5月19日