

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

令和 年 月 日

紹介元	
(施設名)	(紹介医師名)
患者氏名 (加付) (氏名)	生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合 ⇒ 薬剤名 【 】 ワルファリンの場合のみPT-INR 【 】	抗血小板剤・凝固剤の中止の可否 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 ※ 年 月 日 から中止可能
セデーションの有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	セデーション有の場合 <input type="checkbox"/> 70歳以上の方はご家族のお付き添いが必要です <input type="checkbox"/> 当日はお車・自転車・バイクの使用はできません 交通医療機関を利用してください <input type="checkbox"/> 内視鏡後は当院で1時間ほど安静にいただく必要があります
アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合 ⇒ アレルギー 【 】	ピロリ菌 除菌歴 <input type="checkbox"/> 除菌済 <input type="checkbox"/> 除菌未 <input type="checkbox"/> 除菌失敗 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検 <input type="checkbox"/> 不明
既往歴・手術歴	
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー・植込型除細動器 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 変更無し	種類 【 】 サイズ×長さ 【 Fr 】 × 【 cm 】
<input type="checkbox"/> 変更希望	備考 【 】

検査希望日		
第一希望日	第二希望日	第三希望日
月 日 ()	月 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

作成日：令和3年11月1日