

胃瘻交換依頼書

貴院（様）情報

御施設名	:
TEL (FAX)	:
担当者	:

※交換日、来院して頂く時間が決まり次第
ご連絡差し上げます。

患者さまID

ご記入日： 年 月 日

フリガナ	生年月日
氏名 (男・女)	大正 昭和 年 月 日 (才)
☆交換希望日 (水 14時)	
第1希望日:	第2希望日: 第3希望日:
現在留置中の胃瘻商品名	サイズ Fr cm
前回交換時からの体重増減: あり (± kg) ・ なし ○で囲んでください	
備考: 患者さまの現在の状況、胃瘻、瘻口の状況等の申し送り、また必要事項があればご記入ください	
※現在留置している胃瘻の種類の変更希望: 有 (チューブタイプ ・ ボタンタイプ) 無	
★初めて胃瘻交換をされる場合、現在留置されている胃瘻の情報を記入または選択してください。	
胃瘻増設された施設	: ()
カテーテルの種類・タイプ	: (バンパー ・ バルーン / チューブタイプ ・ ボタンタイプ)
カテーテルのサイズ	: (Fr cm)
※現在留置している胃瘻の種類の変更希望: 有 (チューブタイプ ・ ボタンタイプ) 無	
抗血小板薬・抗凝固薬の休薬の必要はありませんが、出血時の対処のため処方されている薬剤をお知らせください(お薬手帳や薬剤情報などあれば一緒にFAXしてください)。	

1. 胃瘻交換依頼書を名南病院連携室へFAX送信して下さい

(※物品手配の都合上、イディアルボタン24Fr以外の場合は2週間前までにお願いいたします。)

2. 交換日時が決まり次第、交換日時決定通知書をFAXにてお送りいたします。

交換当日普段と違う体調変化のある際には、ご来院前に必ずご連絡下さい

当院窓口 医療法人名南会 名南病院 地域医療連携室

TEL 052-691-3437

FAX 052-691-7233