

# 胃瘻交換依頼書

FAX送信用

## 貴院(様)情報

御施設名	
TEL (FAX)	
担当者	

名南病院 医療連携相談室  
 TEL 052-691-3437  
 FAX 052-691-7233

該当する太字の質問について、記入または○をお願いします。

患者さまID ご記入日： 年 月 日

<b>ふりがな</b>	<b>生年月日</b>
<b>氏名</b>	大正 _____ 年 _____ 月 _____ 日 昭和 _____ ( _____ 歳)

★交換希望日( 毎週水曜日 13:30予約 )

第1希望日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日      第2希望日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 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 : 有 ( \_\_\_\_\_ kg) 増・減 \_\_\_\_\_、無

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

アレルギー : 有 ( \_\_\_\_\_ ) ・ 無

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

## ★ 初めて胃瘻交換をされる方

胃瘻造設された病院・施設名 : \_\_\_\_\_

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

胃瘻の種類の変更を希望 : 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 (お薬手帳や薬情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 医療連携相談室へ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週間前までをお願いいたします)

2. 交換日、来院して頂く時間が決まり次第、看護師からご連絡させていただきます

**※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ください**