

# 胃瘻交換依頼書

下記、ご記入いただき寺尾病院 096-273-2759 へ F A Xをお願いします。  
お手数ですが、F A X後に病院 096-272-0601 までご連絡ください。

## ご依頼元の情報

施設名		T E L	
担当者		F A X	

ご記入日 年 月 日

ふりがな							
氏名		男 女	歳	明・大 昭・平	年	月	日生
造設の 情報	<input type="checkbox"/> 初回交換の場合 造設日 年 月 日 造設された施設 ( ) 前回交換日 年 月 日						
胃瘻に ついて	現在の胃瘻の種類 ( ) 社製 (バンパー/バルーン) タイプ (ボタン/チューブ) タイプ ( Fr cm)						
患者様の 状態	前回交換時から体重の増減 ( あり ± kg / なし ) ★患者様の現在の状態、胃瘻・瘻孔の状況など申し送り、必要事項があれば記入してください						
交換 希望日	※当院の交換日は月曜日のみとなっております 物品手配の都合上、2週間後以降の日にちを記入してください 第1希望： 月 日 第2希望： 月 日						
現在の 処方内容	現在服用中のお薬を記入してください。内容がわかる書面を添付していただいても構いません						
問診	現在治療中の病気 ( ) お薬のアレルギーはありますか あり ( ) なし						
注意事項	※当院はオリンパス製のイディアルボタンゼロ (バンパー/ボタンタイプ) への交換を 原則としております ※胃瘻カードのF A Xもお願いします						