

【 胃ろう 口交換 口造設 】※アルブミン値は必須です。胃瘻交換は金曜日不可、11:30のみとなります。

診療情報提供書（兼）医療処置等地域連携 依頼書

平成 年 月 日 (AM・PM :)

大垣市民病院

医療機関名

消化器 科

診療科及び

医師名

住所

医師

電話番号

FAX番号

姓 患者氏名			男・女	M・T・S・H	年 月 日生(才)
住 所			電話番号		
来院希望日	第一希望		第2希望		第3希望
基礎疾患	主病名				
	その他	心疾患	呼吸器疾患	血液疾患	
神経疾患	その他				
共通項目	出血傾向の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	現在の処方				
	感染症①	HBsAg () HCV 抗体 () 梅毒 () MRSA () 検査日 <input type="checkbox"/> 不明			
	栄養状態	アルブミン (g/dl) 検査日			
	抗血小板剤の使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 薬剤名 () → (/) より中止可能			
	抗凝固剤の使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 薬剤名 () → (/) より中止可能			
本人・家族の同意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
前回交換日	H 年 月 日	実施機関	<input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> その他 ()		
カテーテルの種類	メーカー名 ()				
現在の栄養投与法	<input type="checkbox"/> 全て経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養と輸液の併用 <input type="checkbox"/> 輸液のみ				
自己抜去の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ほとんどなさそう <input type="checkbox"/> 無				
既往歴及び家族歴					
症状経過及び 検査結果 治療経過 等					
* この記入欄については前回値で結構です。 その他のデータは直前の検査値をお願いします。					
* 以上の条件を満たしても、来院時の状態もしくは検査所見で処置が中止になる可能性があることを患者様・ご家族にお話しください。					
* 個人情報のお取り扱いには十分ご注意頂きますよう、よろしくお願ひいたします。					

FAX送付先：大垣市民病院 よろず相談・地域連携課

〒503-8502 大垣市南頬町4-86

FAX番号：0584（77）0859 TEL：0584（81）3341 内線6173