

【 胃ろう □交換 □造設 】

診療情報提供書 (兼) 医療処置等 地域連携依頼書

令和 年 月 日

大垣市民病院

医療機関名

診療科及び

医師名

住所

電話番号

FAX番号

消化器内 科

医師

※チェックボックス□には該当するものに☑を入れてください。

フリガナ 患者氏名			男・女	T・S・H・R	年	月	日生(歳)
住所				電話番号			
来院希望日	第1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			
出血傾向の有無	□有 □無						
現在の処方							
栄養状態 ※1	アルブミン (g/dl) 検査日 / /						
抗血小板剤の使用	□有 □無 薬剤名 () → (/) より中止可能						
抗凝固剤の使用	□有 □無 薬剤名 () → (/) より中止可能						
本人・家族の同意	□有 □無						
前回交換日	年	月	日	実施機関	□当院 □その他 ()		
カテーテルの種類	メーカー名 ()						
現在の栄養投与法	□経鼻経管栄養 □経口 □輸液 □胃ろう						
自己抜去の可能性	□有 □ほとんどなさそう □無						
その他	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、 別用紙でも結構です。						
来院方法	□ストレッチャー (乗換 ⇒ 必要・不要) □車いす □リクライニング式車いす □独歩						

※1 交換依頼時のアルブミン値は、依頼日の前1週間以内の検査値が必要です。

* 交換前日の21:00以降は絶食をお願いします。なお、水分摂取(水またはお茶)は、交換当日の9:00まで可能です。

* 交換当日は、化粧・マニキュアをつけないようにお願いします。

* 造設依頼は、初回診察の予約をお取りします。状態もしくは検査所見で中止になる可能性があることを患者様・ご家族にお話し下さい。

〒503-8502 大垣市南類町4-86

大垣市民病院 よろず相談・地域連携課

FAX: 0584-77-0859 (地域連携専用)

電話: 0584-81-2060 (地域連携専用)

0584-81-3341 (内線6173・6175)