

【 胃ろう ☐交換 ☐造設 】

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

令和 年 月 日

大垣市民病院

医療機関名

診療科及び

醫師名

住所

電話番号

FAX 番号

醫師

※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。

フガナ 患者氏名		男・女		M・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	
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 _____			
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 / ☐ 後日採血結果 FAX 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:0584-81-3341 (内線6173・6175)