

【 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 (AM・PM : )

大垣市民病院

消化器内 科

医師

医療機関名

診療科及び

医師名

住所

電話番号

FAX番号

|                         |   |   |           |         |  |       |
|-------------------------|---|---|-----------|---------|--|-------|
| フリガナ<br>患者氏名            |   | 男・女   | M・T・S・H・R | 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    |  |       |
| 共通<br>項<br>目            | 出血傾向の有無   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |           |         |  |       |
|                         | 現在の処方   |   |           |         |  |       |
|                         | 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                   | 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 ( )   |   |           |         |  |       |
| 現在の栄養投与方法               | <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               |   |           |         |  |       |
| その他                     | 既往歴及び家族歴  |   |           |         |  |       |
|                         | 症状経過及び<br>検査結果<br>治療経過 等  |   |           |         |  |       |
| * この記入欄については、別用紙でも結構です。 |   |   |           |         |  |       |

- \* アルブミン値は交換日もしくは造設日から1週間以内の検査値が必要です。
- \* 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・ご家族にお話してください。
- \* 個人情報のお取り扱いには十分ご注意くださいよう、よろしくお願いいたします。

FAX送付先：大垣市民病院 よろず相談・地域連携課

〒503-8502 大垣市南瀬町4-86

FAX番号：0584(77)0859

TEL：0584(81)3341 内線6173・6175