

診療情報提供書

年 月 日

胃ろう・経皮経食道胃管造設／交換、静脈リザーバー留置依頼申請書

社会医療法人 岡村一心堂病院
外科 正木 裕児 宛

名称

電話番号

FAX番号

医師名

フリガナ		生年月日	年 月 日(才)
氏名	男 / 女	電話番号	
住所			
家族連絡先			
依頼内容	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> 交換 <input type="checkbox"/> P-TEG <input type="checkbox"/> 造設 <input type="checkbox"/> 静脈リザーバー留置	確認事項	<input type="checkbox"/> P-TEGの承諾(PEG造設が難しい場合) <input type="checkbox"/> 抑制が必要な場合の承諾
病名	既往症	※腹部手術既往: 有 / 無	
現状/ADL等	* 食事の摂取状況、認知症の状態(大声、抵抗、転倒などの危険性や入院中に付き添いが必要かなど)特に注意が必要な要件についてもご記入ください。		
内服	ご希望日 * 抗凝固薬・抗血小板薬など中止薬がある場合、中止期間を踏まえて希望日を指定して下さい。		
送迎方法	<input type="checkbox"/> 施設の手 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 病院の救急車 <input type="checkbox"/> その他()		

地域連携室(直通)

TEL:086-942-9932 / FAX:086-942-9915