

(平塚市民病院処理欄) ID:

予約日時:

予約項目: 胃ろう交換

申込医療機関名 (※スタンプでも結構です。申込医氏名・TEL・FAX 番号は必ずご記入ください。)

TEL・FAX

医師氏名 ⑩

フリガナ
患者氏名

市民病院 ID

生年月日(西暦・大・昭・平・令) 年 月 日生 歳 (男・女)

患者住所

TEL

消化器内科

第1希望 令和 年 月 日 ()

(予約枠は 毎週 水・木 10:00です)

第2希望 令和 年 月 日 ()

第3希望 令和 年 月 日 ()

希望される胃ろうの種類をお選びください (規格・長さにも○印をお付けください)

() 【バルーン・チューブ型】(メーカー:クリエイトメディック又は CLINY)

(規格 12Fr 14Fr 16Fr 18Fr 20Fr 24Fr)

() 【カンガルー・バンパーボタン型(20Fr)】(メーカー:日本コヴィディエン)

(長さ 1.5cm 2.0cm 2.5cm 3.0cm 3.5cm 4.0cm 4.5cm)

() 【バルーン・ボタン型(20Fr)】(メーカー:日本コヴィディエン) ※1週間前までに予約連絡が必要です。

(長さ 2.0cm 2.5cm)

() 当院にまかせる

抗血小板剤又は抗凝固剤の服用 (いずれかに○印をお付けください)

抗血小板剤又は抗凝固剤を

()服用していない

()服用している →服用している場合…交換予約日の前日含め3日間の休薬(可能・不可能)※

※休薬が不可能な場合は、胃ろう交換でなく消化器内科へ紹介予約をお取りください。(申込書は別書式)

コメント欄

造設日または前回の交換日 (西暦・令) 年 月 日

現在の病状

この用紙は申込書と診療情報提供書を兼ねています。

本用紙を予約時にFAXしてください。原本は検査当日にご持参ください。

平塚市民病院 地域連携担当 直通 TEL 0463-34-7994 FAX 37-3625

予約 FAX 受付時間:平日 8時30分~17時(時間外は翌営業日の返答となります)

【ご注意ください】

他院で胃ろう造設された場合は
その医療機関にご相談ください。