

胃ろう交換申込書（診療情報提供書）

西暦 年 月 日

静岡徳洲会病院

病診連携室宛

TEL:054-256-8157

FAX:054-256-8163

紹介元医療機関名（入所施設名）

診療科・医師名

住所：

電話番号：

FAX番号：

フリガナ 患者氏名		男 女	大正 昭和 平成	年	月	日（ 歳）			
住所	〒	電話番号				身長	cm		
						体重	Kg		
交換希望日	① 月 日		② 月 日		③ 月 日				
	※胃ろう交換は原則木曜日14：00の予約になります。			付き添い	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設職員				
経管栄養剤	液体 半固形	半固形の場合専用アダプタ・カテーテルチップシリンジ・コネクタはご準備ください。別売となっておりますので当院では取り扱いがございません。							
来院手段	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング式車椅子 <input type="checkbox"/> その他（ ）								
(症状経過等) 別紙でも可									
胃ろう造設日			年	月	日	最終胃ろう交換日	年	月	日
現在使用中の胃ろうの種類とサイズ			バルーン ・ バンパー式		ボタン ・ チューブ型				
			社		Fr	cm			
希望の形式	バルーン ・ バンパー式		ボタン ・ チューブ型						

胃瘻造設の場合、まずは外来受診となります。病診連携室までご連絡ください。

静岡徳洲会病院 病診連携室

TEL:054-256-8157

FAX:054-256-8163