

胃瘻交換依頼書

貴院（様）情報

御施設名	:
TEL (FAX)	:
担当者	:

※交換日、来院して頂く時間が決まり次第
ご連絡差し上げます。 その際、問診・
同意書についてもご案内いたします。

患者さま情報

ご記入日： 年 月 日

フリガナ	生年月日
氏名 (男・女)	大正 昭和 年 月 日 (才)

☆交換希望日（土・日・祝日以外）

第1希望日： 第2希望日： 第3希望日：

鎮静希望： (あり・なし) ○で囲んでください

前回交換時からの体重増減： あり (± kg) ・ なし ○で囲んでください

備考： 患者さまの現在の状況、胃瘻、瘻口の状況等の申し送り、また必要事項があればご記入ください

※現在留置している胃瘻の種類の変更希望：有 (チューブタイプ ・ ボタンタイプ)
無

★初めて胃瘻交換をされる場合、現在留置されている胃瘻の情報を記入または選択してください。

胃瘻増設された施設： ()

カテーテルの種類・タイプ：(バンパー ・ バルーン / チューブタイプ ・ ボタンタイプ)

カテーテルのサイズ：(Fr cm)

※現在留置している胃瘻の種類の変更希望：有 (チューブタイプ ・ ボタンタイプ)
無

抗血小板薬・抗凝固薬の休薬の必要はありませんが、出血時の対処のため処方されている薬剤を
お知らせください

- 胃瘻交換依頼書を柳川病院地域連携室へFAX送信して下さい
(※物品手配の都合上、一週間前までにお願いいたします。)
- 交換日時が決まり次第、交換日時決定通知書をFAXにてお送りいたします。
- 胃瘻交換問診票・胃瘻交換術についての説明と同意書をホームページよりダウンロードし
ご記入の上、当日持参されて下さい。

※交換当日普段と違う体調変化のある際には、ご来院前に必ずご連絡下さい

※胃瘻交換の際には、患者様の苦痛を軽減する目的で鎮静剤を使用する場合があります。

ご家族様への同意の有無を必ずいただくようお願いいたします

当院窓口 連携室の連絡先
TEL: 0944-74-8145
FAX: 0944-74-8165