

# 胃瘻交換問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女) 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

胃瘻交換を安全に行うために、以下の質問のあてはまるものを○で囲んでください。

1) 現在治療中の病気がありますか？ ( はい ・ いいえ )

「はい」の方へお聞きします。下記に○印をお願いします。

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 緑内障(眼圧上昇) ・ 前立腺肥大症(男性)

甲状腺機能亢進症 ・ 心疾患 ・ 喘息 ・ その他( \_\_\_\_\_ )

2) 薬のアレルギーが、ありますか？ ( はい ・ いいえ )

【はい】の方は薬名をお書きください。【 \_\_\_\_\_ 】

3) 歯科の局所麻酔で具合が悪くなったことがありますか？ ( はい ・ いいえ )

4) 毎日飲んでいる薬はありますか？ ( はい ・ いいえ )

【はい】の方は下にお書きください。 ※飲んでいる薬がわかるものをお持ちください。

【 \_\_\_\_\_ 】

5) 普段、血液を固まりにくくする薬を飲んでいますか？ ( はい ・ いいえ )

【はい】の方は薬名、服用量をお書きください。

【 \_\_\_\_\_ 】

6) 当日付き添われる方 (ご家族 [続柄 \_\_\_\_\_ ] ・施設スタッフ )

・最終胃瘻注入時間は、前日 21 時まで、当日の朝の内服を注入されるときは

6 時までをお願いします。水分制限がない限り白湯の注入も構いません。

・抗凝固剤・抗血小板薬は休薬の必要はありません。

・胃瘻交換問診票、同意書を記入の上 当日持参お願いします。

・救急対応などで予定時間を過ぎる場合があります。ご了承ください。