

胃瘻交換依頼書

貴院さまの情報

第1希望 月 日 () 時

第2希望 月 日 () 時

交換日は原則金曜午後となります。

武蔵村山病院 医療連携室 : 042-566-3560

施設名	
住所	
TEL	
FAX	
担当者

患者さまの情報

フリガナ		男・女	大和会 ID	
氏名			診察券番号	
* IDがわからない場合、下欄に住所・生年月日をお書きください				
住所	〒	生年月日	M・T・S	年 月 日
PEG カード 情報	現在留置されている胃瘻の種類・サイズ			前回交換日(造設日)
	種類	カテーテル外径	有効長	
PEG 変更希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合	サイズ	種類 ボタン チューブ
	身長	cm	体重	kg
	前回交換時からの体重増減 + kg - kg			
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事項をご記入ください。			
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。				
薬剤名				
* 処方箋を FAX していただいても構いません				

手順と注意事項

2017.10 改定

- 胃瘻交換依頼書を医療連携室へ FAX 送信してください。
 - 交換日時が決まり次第、胃瘻交換予約通知書を FAX にて返信いたします。
 - * 物品手配の都合上、希望日の1か月前までに FAX をお送りください。
- ※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ください。**

武蔵村山病院 外科外来

TEL : 042-566-3560 (医療連携室直通から外科外来へ繋がります)

胃瘻交換のお電話による対応 月曜日～土曜日 午後2時～午後4時まで

医療連携室 FAX : 042-566-3451