

胃瘻交換依頼書

貴院さまの情報

第1希望 _____ 月 _____ 日 (水) 午後

第2希望 _____ 月 _____ 日 (水) 午後

交換日は原則水曜午後となります。

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	年 月 日			
PEG 変更 希望	<input type="checkbox"/> 有		有の場合	サイズ	種類 ボタン チューブ		
	<input type="checkbox"/> 無						
	身長	cm	体重	kg	前回交換時からの体重増減 + - 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

1. 胃瘻交換依頼書を医療連携室へ FAX 送信してください。
2. 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。
3. * 物品手配の都合上、希望日の1週間前までに 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