

胃瘻交換依頼票(診療情報提供書)

平成 年 月 日

八千代病院 御中

【施設名】

外科

【医師名】

TEL() -

希望日 ① 月 日 ② 月 日

FAX() -

フリガナ		性別	生年月日
受診者名		男・女	M・T・S・H 年 月 日 (歳)
住所		TEL()	-
保険		公費負担	
自費・自賠・労災・生保・健本・健家・国本・国家・退本・後高		結核・身障・児童・原爆・精神・母子・乳児・その他()	
保険者番号		公費負担番号	
記号		受給者番号	
資格取得	有効期限	被保険者名	

※□欄にチェックと、必要事項の記載をお願い致します。

【現在の患者様の状況】 【胃瘻造設または前回交換年月日】

□症状安定 年 月 日

【種類】

- エンドピブバンパーG チューブ
- イディアルボタン(サイズ)
- その他()

【その他特記事項】

[]

<患者様に対する留意事項>

- ・薬物アレルギー □無 □有()
- ・感染症 □無 □有()
- ・ペースメーカー □無 □有

現在の処方

経管栄養の種類と量・回数

【当院記入欄】

・来院日時 : 平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分 来院