

胃瘻交換依頼票(診療情報提供書)

八千代病院 外科 御中

平成 年 月 日

【施設名】

希望日

【医師名】

① 平成 年 月 日 (月・金)
 ② 平成 年 月 日 (月・金)

TEL() -
 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	健保	健家	国本	国家	退本	退家	後高	結核	身障	丸福	児童	原爆	精神	母子	乳児	()
保険者番号					公費負担者番号					負担割合									
記号		番号			受給者番号					(割)									
資格取得		有効期限			被保険者名														

※必要項目の記載と、□欄のチェックをお願いします

【胃瘻造設または前回交換年月日】

年 月 日

【種類】

- エンドビブバンパーG チューブ
- イディアルボタン (Fr cm)
- その他 ()

【現在の患者さんの状態】

- 症状安定
- 特記事項

【現在の処方】

【経管栄養の種類と量・回数】

<患者さんに対する留意事項>

- ・ 薬物アレルギー なし あり()
- ・ 感染症 なし あり()
- ・ ペースメーカー なし あり

【当院記入欄】

・来院日時 ; 平成 年 月 日 (月・金) 午前 10:00 ・午前 10:30

患者支援センター 地域連携課 TEL:0120-855-814/FAX:0120-811-814