

# 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  
科

【施設名】

日帰り交換

【医師名】

希望日 ① 月 日 ② 月 日

TEL( ) —

入院交換

FAX( ) —

希望日 ① 月 日 ② 月 日

|   |          |                              |   |
|---|----------|------------------------------|---|
| 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<br>国本・国家・退本・退家・後高   |          | 結核・身障・児童・原爆・精神・母子・乳児・その他 ( ) |   |
| 保険者番号   |          | 公費負担者番号                      |   |
| 記号  | 番号       | 受給者番号                        | 負担割合<br>1割・3割   |
| 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いたします。<br><br>【現在の患者様の状況】<br><input type="checkbox"/> 症状安定<br><br>【胃瘻造設または前回交換年月日】<br>年 月 日<br><br>【その他特記事項】<br>【種類】<br><input type="checkbox"/> ポンスキー20Fr<br><input type="checkbox"/> ガストロボタン(サイズ )<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br><br>( )<br><br><患者様に対する留意事項><br>・薬物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )<br>・感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )<br>・ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |          |                              | 現在の処方<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>経管栄養の種類と量・回数 |
| 【当院記入欄】<br>・来院日時：平成 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分来院   |          |                              |   |