胃瘻交換依頼票（診療情報提供書）

八千代病院　外科　御中　　年　　月　　日

【施設名】

希望日　　【医師名】

①　　年　　月　　日（　月　・　金　）　　TEL(　　)　　ー

②　　年　　月　　日（　月　・　金　）　　FAX(　　)　　ー

フリガナ		性別	生年月日
受診者名		男・女	T・S・H・R　年　月　日（　歳）
住所	TEL(　　)　ー		

保険											公費負担								
自費	自賠	労災	生保	健本	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

＜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

【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　；　令和　　年　　月　　日（　月　・　金　）　午前 10:00　・午前 10:30

地域連携課　TEL:0120-855-814／FAX:0120-811-814

（改訂 2019.5.20）