

胃ろう交換申込書

申込 年 月 日

社会医療法人 寿量会 熊本機能病院
内科外来宛
860-8518 熊本市北区 山室6丁目8-1
TEL:096-345-8111
FAX:096-345-8188

交換予約日		
年	月	日決定

【依頼元の情報】

施設名			
電話番号		FAX	
担当者			

【患者さんの情報】

ふりがな		
患者氏名		男・女
生年月日	大・昭・平・令 年	月 日

【診療情報】 該当箇所にレ点を付け、必要事項の記入をお願いします

感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
抗凝固剤の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬剤名()
	<input type="checkbox"/> 休薬は不可 <input type="checkbox"/> (/)より休薬可能	
抗血小板剤の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬剤名()
	<input type="checkbox"/> 休薬は不可 <input type="checkbox"/> (/)より休薬可能	
最終交換日	年 月 日	
最終交換 実施機関	<input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> その他()	
カテーテルの種類	製品名	()
	太さ×長さ	(Fr × cm)
	変更の希望	()
スキントラブル	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
備考欄	◎当日朝の栄養は止め ◎白湯:朝の6時に普通の1/2量可 ◎内服:朝の6時に糖尿病の内服以外は可	

①お電話にて交換日時が決まり次第、申込書をFAXにて送信して下さい。

②体調不良等でキャンセルされる場合はお電話でご連絡ください。