

胃ろう交換申し込み用紙兼診療情報提供書

(下記 FAX にてお申し込み下さい)

依頼先	松戸市立福祉医療センター東松戸病院 担当医 保健福祉医療室直通 FAX : 047-391-0288 電話 : 047-391-5500
依頼日	令和 年 月 日 ()

依頼元	医療機関の名称及び所在地 FAX : () - () - 電話番号 : () - () - 依頼者名 _____
-----	---

○患者様の基礎データ

フリガナ	明・大・昭・平	性別
患者氏名	(歳) 年 月 日	男・女
住所	電話番号	
基礎疾患 ①	②	③

○患者様の診療データ

- ①経腸栄養 ◆現在の使用 (有・無) ◆経口摂取 (有・無)
②服薬 あり () なし
③抗血栓薬 あり () なし
④感染症 不明 あり (該当に○ HB・HC・Wa・MRSA) なし
⑤身体状況

◆認知症	無・有	軽度・中度・重度 ()
◆排泄介助	無・有	トイレ・ポータブルトイレ・オムツ バルンカテーテル
◆移動方法		自立・車椅子・全介助
◆その他		

○使用中の胃ろう情報

◆前回交換日 (年 月 日)	◆メーカー名・製品名 ()
◆太さ×長さ (Fr × cm)	◆種類 <input type="checkbox"/> バルーン型 <input type="checkbox"/> ボタン <input type="checkbox"/> バンパー型 <input type="checkbox"/> チューブ