

胃瘻造設申込用紙

TEL 052-611-1122 FAX 052-611-1021

依頼日 平成 年 月 日

申込先 大同病院・だいどうクリニック地域医療センター宛

1.紹介元医療機関等(医療機関名称・所属科・担当医師名・電話番号・FAX番号 ※ゴム印の押印でも構いません。)

--

2.受診希望日

受診希望日	平成 年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 希望日なし
-------	--------------	--------------------------------

3.基本情報

胃瘻造設の理由	<input type="checkbox"/> 摂食不良 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> その他 ()		
嚥下障害の原因疾患	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 廃用症候群 <input type="checkbox"/> 神経筋疾患 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
現在の栄養投与経路	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経口+点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養+点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養+経口 <input type="checkbox"/> その他 ()		
嚥下機能評価の実施	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嚥下内視鏡検査・嚥下造影検査・その他()		
嚥下機能評価の希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嚥下内視鏡検査・嚥下造影検査・その他()		
胃瘻造設の説明	実施日	年 月 日	
	実施相手	(続柄)	
	内容		
	理解度	<input type="checkbox"/> 十分に理解されている <input type="checkbox"/> その他()	
特記事項			
胃瘻造設後の転帰	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 当院(紹介元) <input type="checkbox"/> 前施設 <input type="checkbox"/> その他施設()		
フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
患者氏名		生年月日	明 大 昭 平 年 月 日
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	連絡可能なTEL	- - -
受診当日の状況	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 ※入院中の場合は、入院算定料を紹介状等にご記入ください。		
診断名			
既往歴			
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 HBsAg・HCV・MRSA・TPHA・その他()		
腹部手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
抗凝固・抗血小板剤	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
抗凝固薬一時中止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		

4.お知らせ

- (1) 初回の予約は、消化器内科外来の受診のみです。後日入院し、胃瘻造設を行います。
- (2) 予約日時は折り返し、FAXでお返事しますので、しばらくお待ち下さい。
- (3) 受付時間は、平日の午前8時30分～午後8時までです。土曜日は午後2時までです。