診療情報提供書（胃ろう交換申込書）

令和　　年　　月　　日

厚生病院胃ろう担当医　　先生宛

依頼元医療機関名称
医師名
電話番号
FAX

患者氏名		年齢	才	性別	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日				
診断	□脳梗塞　□脳出血 □パーキンソン病　□誤嚥性肺炎 □癌（　　）→ 上部消化管狭窄 有・無 □その他（　　）				
既往	薬剤アレルギー　□無　□有（　　） 腹部手術歴　□無　□有（　　） その他特記事項（　　）				
現症	感染症　□無　□有（　　） 抗凝固剤使用　□無　□有（　　） 抗凝固剤一時中止　□可　□不可（　　） 酸素投与　□無　□有（酸素　　リットルマスク・カヌラ　　） 栄養投与　□静脈　□経管　□経口 その他特記事項（　　）				
処方					
胃ろうについて	胃ろう造設日　（　　年　　月　　日） 前回胃ろう交換日　（　　年　　月　　日） 現在の胃ろうの種類（製品名　　） □バルン型　□バンパー型 □ボタン　□チューブ サイズ（　　Fr　　cm） 現在困っている事 □無　□有（　　）				
希望	交換希望時期　　月　　日頃　希望医師（　　）				
来院手段	徒歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー				

鳥取県立厚生病院　内視鏡室