

胃瘻造設術依頼に関する申込書

日田中央病院 院長 殿

下記の患者について、貴医療機関での胃瘻造設を依頼します

記入日 年 月 日

患者情報	しめい 氏名	様 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		紹介元医療機関	医療機関名			
	生年月日	年	月		日 ( ) 歳	住所・連絡先		
	身長	cm	体重		kg	月	日現在	紹介医師氏名
	アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> あり【 】 <input type="checkbox"/> なし 現在の栄養管理方法：					窓口担当者名		
依頼内容	胃瘻造設術の依頼 胃瘻の種類(バルーン型・ボタン型等)にご希望がある場合はご記入下さい。 <input type="checkbox"/> あり【 】 <input type="checkbox"/> なし							
抗血栓薬の処方について	抗血栓薬(抗凝固薬・抗血小板薬)の処方がある場合、以下の質問についてご記入下さい。 * 現在使用中の抗血栓薬の有無 <input type="checkbox"/> あり (薬剤名:【 】) <input type="checkbox"/> なし 上記薬剤の休薬が可能かどうか <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 * 医師からの特記事項(休薬不可能な場合やその他留意点があればご記載下さい。) <input type="checkbox"/> あり【 】 <input type="checkbox"/> なし							
胃・消化器に関する既往	* 胃の疾患歴の有無 <input type="checkbox"/> あり(具体的な疾患名) 【 】 <input type="checkbox"/> なし * 胃の手術歴の有無 <input type="checkbox"/> あり(手術内容と実施日 【 】 <input type="checkbox"/> なし		* 消化器疾患歴の有無 <input type="checkbox"/> あり (具体的な疾患名) 【 】 <input type="checkbox"/> なし * 消化器手術歴(手術内容と実施日) <input type="checkbox"/> あり 【 】 <input type="checkbox"/> なし					
腹部について	腹部 CT 撮影の有無 <input type="checkbox"/> 実施済(実施日【 】) <input type="checkbox"/> 未実施 過去に撮影された CT 画像および報告書がある場合、可能な限り事前にご提供ください。							
患者同意	胃瘻造設術に関する患者または家族の同意 <input type="checkbox"/> 同意取得済 <input type="checkbox"/> 未取得							

注意事項 \*胃瘻造設術は、患者様の状態や検査結果により実施が難しい場合があります。その際は、改めてご相談させていただきますことをご了承下さい。