

内視鏡的胃瘻造設術 専用紹介状 (交換用)

(診療情報提供書)

平成 年 月 日

JA 広島総合病院
TEL (0829) 36-3111
FAX (0829) 36-1155

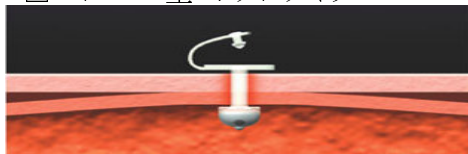
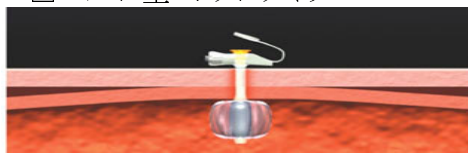
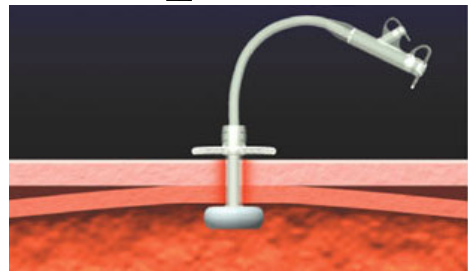
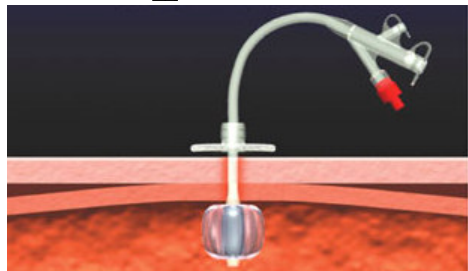
科

先生 御侍史

住 所
医療機関名
医師氏名
電話番号
F A X

印

紹介患者氏名 明・大・昭・平 年 月 日生()歳 男・女

造 設 日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 不明
造 設 施設	<input type="checkbox"/> JA広島総合病院 <input type="checkbox"/> 他施設〔 〕 <input type="checkbox"/> 不明
交 換 回 数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上〔前回の交換日 平成 年 月・不明〕
交 換 目 的	<input type="checkbox"/> 定期交換 <input type="checkbox"/> トラブル〔 〕
現在使用の カテーテル	※種類・サイズを記入してください 〔 〕 <input type="checkbox"/> 不明 注)バンパー型を使用中の場合、交換時に 引抜き器具 が必要です 引抜き器具を <input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない
希望の カテーテル	<input type="checkbox"/> 現在と同じ種類のカテーテル <input type="checkbox"/> 現在と違う種類のカテーテル ※希望カテーテルを記入または選択してください 〔 <input type="checkbox"/> バンパー型・ボタンタイプ <input type="checkbox"/> バルン型・ボタンタイプ   <input type="checkbox"/> バンパー型・チューブタイプ <input type="checkbox"/> バルン型・チューブタイプ  
感 染 症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有〔 HB HCV ワ氏 MRSA その他 〕
A D L	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助〔 寝たきり状態 車いす 杖歩行 〕
呼 吸 状 態	*酸素吸入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要
コミュニケーション	*意思の疎通 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 *理解度 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
そ の 他	*不穏 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *抑制 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要

胃瘻に関するトラブルなどありましたら、ご記入ください