

# 内視鏡的胃瘻造設術 申し込み書 （ 院外用 ）

※ 病歴等を記入した診療情報提供書と一緒にFAXしてください

紹介患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
既往歴	* 腹部手術歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手術名 ( ) * 脳室腹腔シャント <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 * その他 ( )		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
抗凝固剤使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 薬剤名 )		
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( HB・HCV・ワ氏・MRSA・その他 )		
栄養	* 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経口摂取のみ <input type="checkbox"/> 経口摂取と静脈栄養の併用 * 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 実施している ( 年 月 日 より開始 ) <input type="checkbox"/> 実施していない ( 一時中止も含む ) * 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養		
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない		
抑制	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要		
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 )		
胃瘻造設目的	<input type="checkbox"/> 脳血管障害、認知症などによる自発的な摂食不能・困難 <input type="checkbox"/> 神経、筋疾患などによる嚥下不能・困難 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎を繰り返す ( <input type="checkbox"/> 摂食できてもしばしば誤嚥する <input type="checkbox"/> 経鼻胃管留置に伴う誤嚥 ) <input type="checkbox"/> 咽喉頭、食道、胃噴門狭窄による摂食不能・困難 <input type="checkbox"/> 減圧ドレナージ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
造設後の予定	* 紹介元(貴施設)に帰った後の予定 <input type="checkbox"/> 貴施設で治療の継続 <input type="checkbox"/> 他施設に転出予定 ⇒ <input type="checkbox"/> 転出先 ( ) <input type="checkbox"/> 転出先未定 <input type="checkbox"/> 自宅に帰る ( 在宅管理医 ) <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
キーパーソン	* 家族の協力 <input type="checkbox"/> 有 ( 続柄 ) <input type="checkbox"/> 無		
説明と同意	* 内視鏡的胃瘻造設術の説明 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 * 同意 本人 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 困難 家族 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未		
その他	* 胃瘻造設時には経鼻内視鏡を使用します 鼻の手術歴や鼻腔トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) * 主治医の判断として 現在の病状は <b>PEGが可能な状態</b> ですか <b>PEGが可能な状態</b> とは『肺炎等の炎症所見がなく バイタルサインが安定しており 通常の上部消化管内視鏡検査が可能と判断できる病状』とします <input type="checkbox"/> 可能と判断 <input type="checkbox"/> 待機的に可能になると判断 <input type="checkbox"/> 判断困難		
希望のカテーテル	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合 希望のカテーテルを選択してください ( 造設時には 下記のいずれかになります ) <input type="checkbox"/> バンパー型・ボタンタイプ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> バルン型・チューブタイプ</span>		
			