

【 地域医療連携室 直通FAX 】 0120-715-888
診療情報提供書 （ P E G造設（交換）申込書 ）

申込日 令和 年 月 日

函館中央病院

医療機関名：

消化器内科・内科 御担当先生 行

医 師 名：

⑩

〒040-8585 函館市本町33-2

T E L：

【地域医療連携室】

直通電話（0138）55-3421

F A X：

【 患 者 様 基 本 情 報 】

フリガナ		性 別	生 年 月 日
患 者 氏 名	様	男 ・ 女	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日（ 歳）
住 所	〒 TEL（ ） -		

【 患 者 様 の 診 療 情 報 】

基 礎 疾 患	搬 送 方 法 / 移 動
	（ ） / 歩行可・車イス・ストレッチャー

【 P E G コ ー ス 】

< 造 設 >		< 交 換 >	
		現在の機具タイプおよびFr/cmをご記入ください	
		（ ）型 （ ）タイプ	（ ）Fr （ ）cm
☐ PEG造設（造設後10日コース）		☐ PEG交換（外来コース）	
		☐ PEG交換（入院2泊3日コース）	
希望器具	有 ☐ ・ 無 ☐	機具の変更希望	有 ☐ ・ 無 ☐
【有】の場合、変更希望の機具に☑してください		【有】の場合、変更希望の機具に☑してください	
☐ バルン型チューブタイプ ☐ バンパー型ボタンタイプ ☐ バンパー型チューブタイプ ☐ PTEG ☐ その他（ ）		☐ バルン型チューブタイプ ☐ バンパー型ボタンタイプ ☐ バンパー型チューブタイプ ☐ PTEG ☐ その他（ ）	
造設（交換）希望時期	年 月 日 頃	希望医師名	・ 無

（続紙あり）

※ 本書を当日、患者様に持参して頂くようお願いいたします。

