## 【地域医療連携室 直通FAX】 0120-715-888

## <u>診療情報提供書 (PEG造設(交換)申込書)</u>

			т	込日 令	和牛	Я	Ħ		
函館中央病院		医	療機関名:						
	<u> </u>	医	師 名:						
〒040-8585 函館市本町33-2 【地域医療連携室】	2	Т	E L:						
直通電話 (0138)55-342	1	F	A X :						
	【患:	者 様 基	本 情	報】					
フリカ゛ナ		性 別		<u> </u>	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				拼	般 送 方 法	/ 移動			
		(	)/ 歩行す	]・車イス・ストレッ	チャー				
【PEG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 □			变更希望	有 口	- 無口			
【有】の場合、変更希望の概	【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			口 バルン型チューブタイプ						
□ バンパー型ボタンタイプ			□ バンパー型ボタンタイプ						
□ バンパー型チューブタイプ			□ バンパー型チューブタイプ						
□ PTEG				PTEG					
□ その他(		)		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。

現在の経腸栄養施行			有				無				
【有】の場合、下記の記載をお願いします											
栄養剤の種類		(			) 1	ロリー	(			) Ca	al.
	投与方法		液体	<b>k</b> □		[2	司形化	; 🗆			
	一回投与時間	(	)時間	] 🗆		24	ł持続				
	経口摂取		有				無				
	夜 間 不 穏		有				無				
	嚥下評価の希望		有				無				
	造設(交換)後転帰	在宅口	・貴院口・前	施設口	・その他国	医療施設	(				)
	PEG造設の理由		栄養のアク	セス			誤嚥	性肺	炎を繰	り返す	<b>†</b>
			減圧ドレナ・	ージ			IBD#	定例			
			その他(				)				
R i s k	処方情報 ※処方箋の コピー等を添付してください		有				無				
	糖尿病		有				無				
	血糖降下薬		有				無				
		種類(								,	)
a c t e	インスリン		有				無				
		種類(								,	)
r 抗凝固・血小板剤の			有				無				
	加焼回・皿小板剤の服用	種類(								```	)
	【特記事項】注意	事項や△	、DL、処置作	青報など	どありま	したら言	己載原	顔いま	<u>ます。</u>		

※ 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。