

【地域医療連携室 直通FAX】 0120-524-888
診療情報提供書 (PEG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：

Ⓔ

〒040-8585 函館市本町33-2

【地域医療連携室】

直通電話 (0138)55-3421

T E L :

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

【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	
<input type="checkbox"/> PEG造設(造設後10日コース)		<input type="checkbox"/> PEG交換(外来コース) <input type="checkbox"/> PEG交換(入院2泊3日コース)	
希望器具	有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>	機具の変更希望	有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
【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	
<input type="checkbox"/> バルン型チューブタイプ <input type="checkbox"/> バンパー型ボタンタイプ <input type="checkbox"/> バンパー型チューブタイプ <input type="checkbox"/> PTEG <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> バルン型チューブタイプ <input type="checkbox"/> バンパー型ボタンタイプ <input type="checkbox"/> バンパー型チューブタイプ <input type="checkbox"/> PTEG <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>	
【有】の場合、下記の記載をお願いします		
栄養剤の種類	() カロリー () Cal.	
投与方法	液体 <input type="checkbox"/> ・ 固形化 <input type="checkbox"/>	
一回投与時間	()時間 <input type="checkbox"/> ・ 24H持続 <input type="checkbox"/>	
経口摂取	有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>	
夜間不穩	有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>	
嚥下評価の希望	有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>	
造設(交換)後転帰	在宅 <input type="checkbox"/> ・ 貴院 <input type="checkbox"/> ・ 前施設 <input type="checkbox"/> ・ その他医療施設 ()	
PEG造設の理由	<input type="checkbox"/> 栄養のアクセス <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎を繰り返す <input type="checkbox"/> 減圧ドレナージ <input type="checkbox"/> IBD症例 <input type="checkbox"/> その他()	
R i s k f a c t e r	処方情報 ※処方箋の コピー等を添付してください	有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
	糖尿病	有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
	血糖降下薬	有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
		種類()
	インスリン	有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
		種類()
抗凝固・血小板剤の服用	有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>	
	種類()	
【特記事項】 注意事項やADL、処置情報などありましたら記載願います。		

※ 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。