

【FAX送信先】 0996-67-1769

出水総合医療センター 地域医療連携室 行

内視鏡的胃瘻造設術(PEG)・情報用紙

※①～⑩を全て記入の上、診察・検査予約申込書と一緒にFAXをお願いします。

記入日：平成 年 月 日

① 区分：（ 造設 ・ 交換 ） いずれかに○を付けてください。

↪〔最終交換日（ 年 月 日）〕

② 患者情報等

紹介元施設名：	
患者氏名：	性別：（ ）
生年月日： 年 月 日	年齢： 歳
身長・体重：（ ）cm（ ）kg	
※現在PEG使用中の方⇒製品名（ ）サイズ（ ）	

③ 原疾患名：（ ）

④ 既往歴：（ ）

⑤ 胃手術の既往：（有〔術式名： 〕・無）

⑥ 抗凝固剤使用の有無：（有・無）

↪ 有の場合：薬品名（ ）⇒休薬（可能・不可）
※休薬の可否もご記入ください。

⑦ その他の内服薬：（ ）

⑧ 開口障害：（有・無）

⑨ 栄養チューブ：（有・無）

⑩ 受診時の家族同伴：（有・無）※有の場合⇒氏名（ ）続柄（ ）

【家族・付き添いの方へ】

(1) 原則としまして、受診時は、家族同伴をお願いします。

※家族同伴ができない場合は、受診日に患者様に「内視鏡による胃瘻(いろう)造設術(PEG)説明書・同意書」をお渡しますので、入院日に必ずご提出をお願いいたします。

(2) 受診時に診療情報提供書(紹介状)・保険証・お薬手帳をご持参ください。

【紹介元医療機関様へのお願い、ご確認】

(1) 栄養チューブを挿入されている方は、挿入した状態で来院してください。

(2) 朝食は食べずにお越しください。

(3) 受診日時が決まりましたら、貴院(施設)にFAX、または電話を致します。なお、入院日時は、受診時に検討決定させていただきます。(受診日に入院となりませんので、あらかじめご了承ください。)



(問い合わせ先)
出水総合医療センター 地域医療連携室
TEL:0996-67-1657