

F A X**03-3307-0013**

一般社団法人 至誠会第二病院 地域医療連携室行

FAX 受付時間 月～金 9:00～15:00 土 9:00～11:30 (第1・3土曜日、年末年始、日祭祝日は休診)

保険者番号		公費負担番号	
記号	番号	公費受給者番号	
被保険者との続柄	本人・家族	有効期限	年 月 日
有効期限	年 月 日	負担割合	1割・3割

胃瘻交換申込書 (診療情報提供書)

(社) 至誠会第二病院 行

記載日 年 月 日

当院受診歴	無・有 (年 月頃)
当院 ID 番号	
交換希望日	<input type="checkbox"/> 早めに <input type="checkbox"/> 月 日希望 <input type="checkbox"/> 都合の悪い日・曜日 ()
造設または 前回交換した医療機関	<input type="checkbox"/> 当院 (外科・消化器内科) <input type="checkbox"/> その他 ()

紹介元医療機関名

住所

TEL

FAX

医師名

(診療科

印

科)

フリガナ		男・女	MTSH	年 月 日	才
患者氏名					
住所	〒 -		自宅 TEL	()	
			携帯 TEL	()	
種類・ サイズ	物品の用意について <input type="checkbox"/> 当院で準備 <input type="checkbox"/> 貴院より持参 メーカー () 種類 () <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 小腸瘻 チューブの太さ ()	現在使用中のチューブ (ボタンタイプの場合) 種類 <input type="checkbox"/> バルン型ボタン <input type="checkbox"/> バンパー型ボタン <input type="checkbox"/> バルン型チューブ <input type="checkbox"/> バンパー型チューブ 太さ <input type="checkbox"/> 24 Fr <input type="checkbox"/> 20 Fr <input type="checkbox"/> 16 Fr <input type="checkbox"/> その他 () ※上記以外の製品の対応 可・不可	長さ	<input type="checkbox"/> 2.5cm <input type="checkbox"/> 3.0cm <input type="checkbox"/> 3.5cm <input type="checkbox"/> 4.0cm <input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 交換の際、種類変更の希望および留意点について何かありましたら、ご記入ください。					
<input type="checkbox"/> 感染症 (HB、HCV、W 氏、MRSA、なし)					
<input type="checkbox"/> 服用薬剤 (有 / 無) 薬剤名：					
<input type="checkbox"/> 抗凝固剤 (有 / 無) 薬剤名： 休薬期間 交換日の 日前より					
<input type="checkbox"/> 基礎疾患 (有 / 無) 疾患名：					

(社)至誠会第二病院