

内視鏡的胃瘻造設術 専用紹介状 (造設用)

(診療情報提供書)

令和 年 月 日

山鹿市民医療センター 地域医療連携室宛

FAX 0968-44-0071

TEL 0968-44-2185 (内線 185)

医師氏名

医療機関名

医師氏名

印

住所

電話番号

FAX

下記の患者様をご紹介します。

氏名	明・大・昭・平・令			年	月	日	(歳) 男・女
造設前受診希望日	①令和 年 月 日	②令和 年 月 日	※毎週水曜日 15:00～				
③特に希望無し							
原疾患名							
既往歴	*心疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *緑内障 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *腹部手術歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手術名() *その他()						
希望のカテーテル	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *有の場合は希望のカテーテルを選択してください <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"/> バルン型ボタンタイプ <input type="checkbox"/> バルン型チューブタイプ						
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *有の場合はその内容を記入してください ()						
抗凝固剤使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *有の場合は薬剤名を記入してください 薬剤名()						
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (HB HCV ワ氏 MRSA その他)						
ADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 (寝たきり状態 車いす 杖歩行) *麻痺・拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *有の場合その状態や程度を記入してください ()						
コミュニケーション	*意思疎通 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			*理解度 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良			
呼吸状態	*酸素吸入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			*喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要			
口腔	*残存歯の状態 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定			*開口障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
その他 (特記事項)	*円背 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *不穩 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *抑制 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()						
キーパーソン	<input type="checkbox"/> 有	氏名	関係	連絡先(自宅)			
	<input type="checkbox"/> 無			連絡先(携帯)			
栄養状態	身長()cm 体重()kg						
	<input type="checkbox"/> 経腸 栄養剤名()						
	エネルギー量()kcal)水分量()						
<input type="checkbox"/> 静脈栄養 静脈栄養名()							
胃瘻造設に有用な情報(内服薬等)や特記事項など、ご記入ください。							

送信用FAX用紙及び紹介元控