

内視鏡的胃瘻造設術 専用紹介状（造設用） （診療情報提供書）

平成 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。

患者様氏名	明・大・昭・平			年	月	日	(歳)	男・女
受診希望日	平成	年	月	日	平成	年	月	日
	特に希望日無し							
原疾患名								
既往歴	*心疾患 無 有 *緑内障 無 有 *前立腺肥大 無 有 *腹部手術歴 無 有 手術名() *その他()							
希望の カテーテル	無 有 *有の場合は希望のカテーテルを選択してください バンパー型ボタンタイプ バンパー型チューブタイプ パルン型チューブタイプ							
アレルギー	無 有 *有の場合、その内容を記入してください ()							
抗凝固剤使用	無 有 *有の場合、薬剤名を記入してください 薬剤名()							
感染症	無 有 (HB HCV ワ氏 MRSA その他)							
ADL	自立 要介助 (寝たきり状態 車いす 杖歩行) *麻痺・拘縮 無 有 *有の場合その状態や程度を記入してください ()							
栄養状態	るい瘦 無 有							
コミュニケーション	*意思疎通 可 不可				*理解度 良好 不良			
呼吸状態	*酸素吸入 無 有				*喀痰吸引 不要 要			
口腔	*残存歯の状態 安定 不安定				*開口障害 無 有			
その他 (特記事項)	*円背 無 有 *不穩 無 有 *抑制 不要 必要 ()							
キーパーソン	有	氏名	関係	連絡先(自宅)				
	無				連絡先(携帯)			
胃瘻造設に有用な情報や特記事項など、ご記入ください								