

内視鏡的胃瘻造設術 専用紹介状（交換用） （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		
処置希望日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
	特に希望日無し		
造設日	平成 年 月	不明	
造設施設	山鹿市立病院	他施設	
交換回数	初回 2回目以上 ( 前回交換日 平成 年 月 ・ 不明 )		
交換目的	定期交換      トラブル (      )		
現在使用の カテーテル	* 種類・サイズをご記入ください (      ) 不明 注) ボタン型を使用中の場合、交換時に引抜き器具が必要な場合があります 引抜き器具を      持っている      持っていない		
希望の カテーテル	現在と同じ種類のカテーテル 現在と違う種類のカテーテル * 希望カテーテルを記入または選択してください (      ) バンパー型ボタンタイプ      バンパー型チューブタイプ バルン型チューブタイプ		
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 )		
栄養状態	るい瘦      無      有		
呼吸状態	* 酸素吸入      無      有      * 喀痰吸引      不要      必要		
口腔	* 残存歯の状態      安定      不安定      * 開口障害      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		
その他 ( 特記事項 )	* 不穏      無      有      * 抑制      不要      必要 (      )		
キーパーソン	有	氏名	関係
	無		
			連絡先 ( 自宅 )
			連絡先 ( 携帯 )
胃瘻に関するトラブルなどありましたら、ご記入ください			