

内視鏡的胃瘻造設術 専用紹介状 (交換用)

(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

住所

電話番号

FAX

印

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
----	-------------------------

造設日	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 <input type="checkbox"/> 不明		
造設施設	<input type="checkbox"/> 山鹿市民医療センター <input type="checkbox"/> 他施設		
交換回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上 (前回交換日 年 月 ・不明)		
交換目的	<input type="checkbox"/> 定期交換 <input type="checkbox"/> 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 () <input type="checkbox"/> 不明		
希望の カテーテル	<input type="checkbox"/> 現在と同じ種類のカテーテル <input type="checkbox"/> 現在と違う種類のカテーテル * 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		
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)		
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
	<input type="checkbox"/> 無		
	連絡先(自宅)		
	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()		
身体計測	身体計測のため、腕回りの測定 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
PEG周囲写真撮影	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 *次回交換時と比較して、状態の確認をさせていただきます。		

胃瘻造設に関するトラブルなどありましたら、ご記入ください。

送信用FAX用紙及び紹介元控