

依頼日:

令和 年 月 日

医療法人 友誼会  
河内総合病院

〒578-0954

TEL : 072-966-2281 (地域医療連携室直通)

大阪府東大阪市横枕1番31号

FAX : 072-966-2282 (地域医療連携室直通)

## 胃瘻交換 依頼書

胃瘻交換について … 当院では **毎週金曜日の午前中のみ** 交換手術をおこなっております。  
来院の際にはお付き添いが必須となりますので、日時調整もお願いいたします。

|      |       |   |       |  |
|------|-------|---|-------|--|
| 御依頼者 | 医療機関名 |   |       |  |
|      | 住所    | 〒 | -     |  |
|      | 医師名   |   |       |  |
|      | 電話番号  |   | FAX番号 |  |

|         |      |   |    |           |
|---------|------|---|----|-----------|
| 患者情報    | フリガナ |   |    |           |
|         | 氏名   |   | 性別 | 男性<br>女性  |
|         | 生年月日 | <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R | 年  | 月 日 ( ) 歳 |
|         | 住所   | 〒   | -  |           |
| 自宅電話番号: |      | 携帯番号:   |    |           |

「診療情報提供書」や「投薬情報」などにつきましては、この依頼書以外に別途ご用意ください。

診療情報提供書  投薬情報  その他 ( )

### 来院当日の各種状況をチェックしてください。

|      |      |                               |                              |                                     |                                  |
|------|------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| 来院当日 | 来院方法 | <input type="checkbox"/> 自家用車 | <input type="checkbox"/> 施設車 | <input type="checkbox"/> 介護タクシー     | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|      | 移動手段 | <input type="checkbox"/> 独歩   | <input type="checkbox"/> 車イス | <input type="checkbox"/> リクライニング車イス | <input type="checkbox"/> ストレッチャー |
|      | 付き添い | <input type="checkbox"/> 施設職員 | <input type="checkbox"/> 看護師 | <input type="checkbox"/> 家族         | : 続柄 ( )                         |

### 予約時の確認事項

|  |   |  |
|--|---|--|
| 現在使用している栄養チューブの規格を確認して下さい。                     | <input type="checkbox"/> 旧規格(黄色)【差込口：挿入式】 | <input type="checkbox"/> 新規格(紫色)【差込口：ロック式】 |
| 旧規格の栄養チューブを使用している場合は「専用の変換コネクタ(紫色)」が必要となります。   |   |  |
| 変換コネクタは胃瘻セットにスペアが1つ同梱されていますが、破損した場合は自己購入となります。 |   |  |

|       |               |               |
|-------|---------------|---------------|
| 予約希望日 | 第一希望: 月 日 金曜日 | 第二希望: 月 日 金曜日 |
|-------|---------------|---------------|

### 受診前(来院当日)の注意点

- |                 |                               |
|-----------------|-------------------------------|
| ① PEG交換の15分前に来院 | ③ 経口内服時はPEG交換の2時間前に服用         |
| ② 朝の注入は不可(×)    | ④ 発熱症状等(感染症を疑う)がある場合は後日に変更手続き |