

造設/交換依頼用紙(様式1) 依頼日 年 月 日

PEG造設/交換診療情報提供書

記載のうえ東邦大学大橋病院病診連携室へファックス送信してください。

【施設情報】

施設名	病院	住所	市・区
所属		TEL	- -
氏名		FAX	- -

【患者情報】

フリガナ		性別・年齢	男性	女性	歳
患者氏名		生年月日	年	月	日
住所		電話番号			
[造設・交換前外来受診希望]	無	有			
[診断名]					
[その他]					
[感染症]	無	不明	有(
[既往歴]	薬剤アレルギー	無	有(
	腹部手術歴	無	有(
	その他特記事項	無	有(
[薬物療法]					
[抗凝固・抗血小板剤]	無	有(
[抗凝固薬一時中止]	可	不可			
[栄養投与]	静脈	経管	経口	(総カロリー	kcal)
[その他特記事項]	無	有(
[身長]	(cm)	[体重]	(kg)	[検査データ別紙]	無 有
[バイタルサイン]	(血圧: / mmHg	発熱:	無	有)	

【PEGカテーテルについて】

希望するPEGカテーテル	無			
	有	1. バルン型	or	バンパー型
		2. ボタン	or	チューブ
現在のPEGカテーテル製品名()		太さ×長さ(Fr) × (cm)		
特記事項 ()				