

《かかりつけ医⇒北村山公立病院》

北村山公立病院FAX申込様式第3号

胃瘻交換・予約申込書

FAX番号 0120-45-7075

年 月 日

北村山公立病院
医事情報課 地域連携係 宛
TEL 0237-43-7001(連携係直通)

紹介元医療機関名

医師名
TEL
FAX

● 紹介患者情報

フリガナ	性別 (男・女)		
患者氏名	電話番号 ()		
生年月日	大・昭・平・令	年 月 日	(歳)
患者住所	〒 -		
北村山公立病院受診歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	診察券番号

● 交換希望日 ※月曜日・金曜日は予約が出来ません。

<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> あり	➡	月 日
※希望日についての、伝達事項をご記入ください。			

※ 注意事項(以下に該当する方は、ご希望日で予約をお取りできない場合があります。)

- 他医療機関で胃瘻造設や胃瘻交換をしている場合
- 特殊なサイズのものを使用中の場合

	胃瘻の種類	太さ (Fr)	長さ (cm)
現在留置中の 種類・サイズ		()Fr	()cm
	<input type="checkbox"/> バンパー型 <input type="checkbox"/> バルーン型	<input type="checkbox"/> その他 ()	
交換希望の 種類・サイズ	バンパー型 ボタンタイプ	<input type="checkbox"/> 20 Fr	2.5 cm
		<input type="checkbox"/> 20 Fr	3.0 cm
		<input type="checkbox"/> 20 Fr	3.5 cm
		<input type="checkbox"/> ()Fr	()cm
	バルーン型 ボタンタイプ	<input type="checkbox"/> ()Fr	()cm
↓ 上記以外での交換を希望される場合は、製品名・サイズ等をご記入ください。↓			
		()Fr	()cm
	<input type="checkbox"/> バンパー型 <input type="checkbox"/> バルーン型	<input type="checkbox"/> その他 ()	

● 下記に現在の状況、胃瘻の状態等の申し送り事項をご記入ください。

--