胃瘻交換依頼票（診療情報提供書）

八千代病院　外科　御中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

【施設名】

【医師名】

TEL( ) －

FAX( ) －

希望日

1. 年　　　月　　　日　( 月　・　金 )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 生年月日 |
| 受診者名 |  | 男・女 | T・S・H・R　　　年　　　月　　　日（　　　　歳） |
| 住所 | TEL( ) －　　　　　　 |
| 保険 | 公費負担 |
| 自費 | 自賠 | 労災 | 生保 | 健本 | 健家 | 国本 | 国家 | 退本 | 退家 | 後高 | 結核 | 身障 | 丸福 | 児童 | 原爆 | 精神 | 母子 | 乳児 | ( ) |
| 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 負担割合（　　割） |
| 記号 |  | 番号 |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 資格取得 |  | 有効期限 |  | 被保険者名 |  |
| ※必要項目の記載と、□欄のチェックをお願いします【胃瘻造設または前回交換年月日】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【現在の処方】　　　　　年　　　　　月　　　　　日【種類】□エンドビブバンパーGチューブ□イディアルボタン　（　　　　　Fr　　　　　cm）□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【現在の患者さんの状態】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【経管栄養の種類と量・回数】□症状安定□特記事項＜患者さんに対する留意事項＞* 薬物アレルギー　□なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* 感染症　　　　　　 □なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* ペースメーカー　　□なし　　□あり
 |
| 【当院記入欄】・来院日時　　；　　令和　　　　年　　　　月　　　　日　（　月　・　金　）　　午前10：00　・午前10：30　 |

1. 年　　　月　　　日　( 月　・　金 )

地域連携課　TEL：0120-855-814／FAX：0120-811-814

（改訂2019.5.20）