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）