胃瘻交換 依頼書

令和　　年　　月　　日

岡山西大寺病院
（岡山県岡山市東区金岡東町 1-1-70）
FAX：086-943-2212
TEL：086-943-2211(代表)
内視鏡センター（12～16 時対応）：086-230-0399

紹介施設の所在地・名称

施設名

担当者

TEL　　FAX

ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	生年月日
患者氏名		□男 ・ □女	□大・□昭　年　月　日 □平・□令　（　才）
住所	〒		TEL
来院時状態	□独歩　□車椅子　□ストレッチャー	家族同伴	□あり　□なし

胃瘻の状態 種類・サイズ	前回　年　月　日　□造設 ・ □交換 種類　サイズ ＿＿＿ Fr. ＿＿＿ cm
抗凝固薬　内服状況	□無 ・ □有 （　）
備考	

※胃瘻交換対応日：水・木（第 2・4 週）・金・土曜日の午前

第 1 希望日　　年　　月　　日（　）

第 2 希望日　　年　　月　　日（　）

第 3 希望日　　年　　月　　日（　）

※ 「胃瘻交換依頼書」「胃瘻交換についての説明・同意書」「かかりつけ医の診療情報提供書」を当院まで FAX してください。

※ 後日施設あてに、「診察予約表（胃瘻交換用）」を FAX します。

※ 本様式は、当院ホームページ⇒外来案内⇒内視鏡センターからダウンロードすることができます。
https://www.saidaiji-hp.or.jp/outpatient/endoscope/