

今村総合病院 胃瘻・腸瘻に関する紹介患者外来予約申込書

消化器内科 FAX番号 099-285-3916

代表電話番号 099-251-2221

予約可能日：胃瘻・腸瘻交換 火～金(土日月を除く) 胃瘻造設前検査 月～金(土日を除く)
 ※先に空き状況のご案内は可能です。代表電話番号から消化器内科にお問い合わせください。
 ※診療情報提供書と薬情を添付してください。後日、注意事項を記載した「予約決定通知」をFAXします。
 ★下記の該当する口にチェックを入れ、必要事項をご記入ください。

☐ 診療情報提供書の添付あり ☐ 診療情報提供書は後日FAX(★受診日の1週間前までには要FAX)

【紹介目的】

☐ 胃瘻造設前検査(終日家族の同伴が必要)			来院時間
受診希望日 ※14～15時過ぎまでかかる こともあります	第1希望	年 月 日 (曜日)	9:00
	第2希望	年 月 日 (曜日)	9:00
胃瘻造設への同意 ☐ 御家族 ☐ 患者様			
☐ 胃瘻交換(年に1回 胃瘻交換同意書へのサイン時に家族の同伴が必要)			来院時間
受診希望日	第1希望	年 月 日 (曜日)	☐ 9:30 ☐ 10:30
	第2希望	年 月 日 (曜日)	☐ 9:30 ☐ 10:30
☐ 腸瘻交換(年に1回 胃瘻交換同意書へのサイン時に家族の同伴が必要)			来院時間
受診希望日	第1希望	年 月 日 (曜日)	10:00
	第2希望	年 月 日 (曜日)	10:00

【患者情報】

フリガナ				性別
氏名				男 女
生年月日	西暦・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)			
住所	〒 電話番号			
体重	kg	ADLの状況	☐ 酸素使用 ☐ 気管切開 ☐ その他	
ADL その他の内容				
抗凝固薬の有無	☐ 有 (抗凝固薬剤名:) ☐ 無			
糖尿病薬服用の有無	☐ 有 (糖尿病薬剤名:) ☐ 無			
既存のPEGの種類				
ご希望のPEGの種類				

【紹介元医療機関情報】

名称			
住所			
TEL・FAX番号	TEL :	FAX :	
診療科名		主治医名	

【入所施設情報】

名称			
住所			
TEL・FAX番号	TEL :	FAX :	
担当者名			