

PEG 造設・交換 依頼票

年 月 日

施設名称

住所

電話番号

医師名 _____

患者氏名

生年月日 年 月 日(歳) 性別

患者住所

ストレッチャー

電話番号

車いす 独歩

医療情報

疾患名 _____

病歴 無 緑内障 前立腺肥大 心疾患 (心筋梗塞 狭心症)
DM HT その他 ()

腹部手術歴 無 有 ()

嚥下障害 無 有

抗凝固剤 無 有 薬品名 _____ 継続 中止 / ~

アレルギー 無 有 ()

交換依頼 造設

前回 年 月 日 交換 ところで _____

現在のカテーテル _____ Fr _____ cm

交換カテーテル 同じ物

変更 _____

特記 _____

※ この依頼票を患者様ご家族が持参の上、毎週水曜日午前の消化器内科・篠原歩を受診し、PEG 造設・交換の予約をお取り頂くようお願い致します。

