

内視鏡的胃瘻造設術（PEG）・情報交換用紙（造設 ・ 交換）

※必要事項を記入の上、FAXにて返信をお願い致します。

紹介病院名： [外来の場合は PEG 予定日： 月 日]
患者氏名： 性別：（ 男・女 ）
生年月日：M・T・S・H 年 月 日
身長： cm 体重 kg
原疾患名：
腹部手術歴：（ 有 [手術名：]・無 ）

当院でのPEG造設には、バンパー・チューブタイプ又はバンパーボタンタイプ 24Fr.を使用しています。ご希望のタイプに○印を付けて下さい。

[造設するPEGのタイプ： バンパーチューブ型、バンパーボタン型]

PEG交換の場合：（現在のPEGカテーテル名： ）
（サイズ： Fr. cm）

① 抗凝固剤使用の有無：（ 有・無 ）

※有りの場合は、薬剤名・休薬の有無や休薬期間の記入を下記にお願い致します。

※薬剤により、必要な休薬期間が異なりますので、主治医に御確認下さい。

[]

② 感染症の有無：（ 有 [HbsAg ・ HCV ・ MRSA ・ TPHA ・ その他] ・ 無 ）

③ 意志の疎通：（ 可能 ・ 不可能 ・ その他）

※その他の場合は、意識レベル等の記入をお願いします。

[]

④ 認知症：（ 有・無 ）

⑤ 拘束の必要性：（ 有・無 ）

⑥ 麻痺・拘縮の有無：（ 有・無 ）

※有りの場合は、その状態・程度の記入をお願い致します。

ADLの状況：[]

⑦ 義歯：（ 有・無 ）

⑧ 開口障害（3cm未満の場合）：（ 有・無 ）

⑨ パーキンソン症候群：（ 有・無 ）

※採血検査データ（凝固系を含む）と内服薬剤一覧及び保険証の写しも、一緒にFAXをお願い致します。

※日帰りPEG造設の際には、当院の「地域連携クリニカルパス」をお渡しします。

※受診時、診療情報提供書もお願いします

南薩ケアほすびたる地域連携室 TEL：0993-56-1155

FAX:0993-56-1157