

内視鏡的胃瘻造設術(PEG)・情報交換用紙(造設 ・ 交換)

※必要事項を御記入の上、FAXにて御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
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・チューブタイプの 24Fr.を使用しています。
それ以外の PEG を御希望の場合は準備が必要ですので下に記入をお願いします。

[希望する PEG のタイプまたは商品名:]
PEG 交換の場合:(現在の PEG カテーテル名:)
(サイズ: Fr., cm)

① 身長 cm 体重 kg

② 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お願いします。

※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。

[]

③ 感染症の有無:

(有 [HBsAg ・ HCV ・ MRSA ・ TPHA ・ その他] ・ 無)

④ 意思の疎通:(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。

[]

⑤ 認知症:(有 ・ 無) ⑥ 拘束の必要性:(有 ・ 無)

⑦ 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します。

ADL の状況:[]

⑧ 義歯:(有 ・ 無)

⑨ 開口障害(3cm未満の場合):(有 ・ 無)

⑩ パーキンソン症候群:(有 ・ 無) ご協力ありがとうございました。

.....
※採血検査データ(凝固系を含む)と内服薬剤一覧も、一緒に FAX をお願いします。

※日帰り PEG 造設の際は、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:0993-56-1157

FAX:0993-56-1157