

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