

胃瘻交換依頼書（診療情報提供書）

美濃病院 地域支援室 宛

FAX 番号 0575-33-4724

平成 年 月 日

<p>【紹介元】</p> <p>医療機関（施設）名 _____ 医師名 _____</p>
--

【患者基本情報】			
ふりがな		性別	男 ・ 女
患者氏名			
生年月日	年 月 日	（ 歳）	

【診療情報提供書】 ※□欄にチェックと、必要事項の記載をお願いします。

依頼内容	胃瘻交換	現在の処方内容
所見		
現在の状況	胃瘻造設または前回交換日： 年 月 日 種類： <input type="checkbox"/> チューブ (Fr) <input type="checkbox"/> ボタン (Fr) <input type="checkbox"/> その他 () ※前回が当院での造設・交換の場合は省略可	
交換形式	今回依頼される形式を選択してください <input type="checkbox"/> ボタン式 <input type="checkbox"/> チューブ式	
希望日	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望日() <input type="checkbox"/> 都合悪い日() ※ 外来交換は、水・木曜日の午前の予定でご案内しております。	
備考	※ 原則外来交換とします。入院を希望される場合はご相談ください。 ※ 形式変更の際は（チューブ式→ボタン式など）、必ず電話にてご連絡ください。	

※日にち調整後、別紙にてご報告致します。

お問い合わせ先：美濃市立美濃病院 地域支援室

美濃市立美濃病院 TEL：0575-33-1221 (代)