

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

年 月 日

【紹介元】

医療機関名（施設名） _____ 医師名 _____

【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		

【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	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 ① 月 日 (木) ② 月 日 (木) ※ 原則、木曜日の 11:00 頃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。	

※日にち調整後、別紙にてご報告致します。