

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 0 5 7 5 - 3 3 - 4 7 2 4

年 月 日

【紹介元】

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	胃瘻造設または前回交換日： 年 月 日 種類：□チューブ (Fr) □ボタン (Fr) □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 □ボタン式 □チューブ式	
希望 日	□希望なし □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。

美濃市立美濃病院 地域支援室 直通 TEL：0 5 7 5 - 3 1 - 0 0 3 0

2026/08