

# 胃ろう交換予約票兼受付票

FAX送り先: 地域連携室宛 0857-31-0730

平成30年8月31日改

患者情報	フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平	年 月 日
	氏名					( ) 歳
	住所		TEL			
	病名					
	感染症	無・有 ( )	薬剤アレルギー	無・有 ( )		
依頼元情報	病院名・施設名等	名称	TEL (問い合わせ先)			
		ご担当者名 ( )	FAX (受付票送付先)			
現在使用カテーテル ※漏れの無いよう、ご記入ください。 ※該当の項目の□に✓をお付けください。	※胃ろうの種類 (※製品名 _____ ) <input type="checkbox"/> バルーン 型 <input type="checkbox"/> チューブ <input type="checkbox"/> パンパー 型 <input type="checkbox"/> ボタン ※サイズ ( _____ Fr _____ cm )					
希望交換日	第1希望      年      月      日 ( 水曜日 )    13:30~					
	第2希望      年      月      日 ( 水曜日 )    13:30~					
胃ろう造設日 (初回交換時に記載)	年      月 頃		病院名	<input type="checkbox"/> 尾崎病院 <input type="checkbox"/> 他院名 (                      )		
備考 (胃ろうに関してのご要望などその他)						

胃ろう交換受付票 (尾崎病院→主治医・施設等)	
予約日	年      月      日 ( 水曜日 )    13時30分~
連絡事項	

<連絡事項>

- ・上記「胃ろう交換予約票」に必要事項を記載して、お申し込みください。決定した予約日を記載して返信します。
- ・来院時に 受付票・同意書・保険証の提出をお願いします。初診の方は診療情報提供書もご持参ください。
- ・希望日を水曜日のみとしています。どうしても都合つかない場合はご相談ください。
- ・当日の注入について、昼はしないでください。交換後に行ってください。  
(朝は、可能な限り8:30までには注入を済ませてください。)

回答日(院内用)