

胃ろう交換予約票兼受付票

FAX送り先: 地域連携室宛 0857-32-2513

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・令	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			
		ご担当者名 ()			FAX			
現在使用カテーテル	※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)



医療法人社団 尾崎病院

〒680-0941 鳥取市湖山町北2-555

TEL: 0857-28-6616

メールアドレス: gairai@ozakihp.or.jp