

胃瘻造設依頼書(ファックス用)

年 月 日

FAX番号 0982-57-3787 (和田病院 地域連携室 直通)

病院名:	
所在地:	
TEL:	
FAX:	
診療科:	医師名:

フリガナ	性別 男 ・ 女
患者氏名	(旧姓)
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 (歳)
患者住所	〒 - 電話番号 - -
現疾患名	
紹介依頼内容 (紹介状のコピーを添付していただいても結構です)	
薬剤情報	
※抗凝固剤または抗血小板剤の服用について <input type="checkbox"/> 有(薬剤名:) <input type="checkbox"/> 無	

お手数ですが、以下の点についてご確認ください。

経鼻経管栄養の有無について。(有 ・ 無)

抗凝固剤を服用している。一時中断が可能な状況である。

手術時は家族の付き添いが可能である。(付き添い不可の場合は手術ができないことがあります)

7日間の入院後は施設・自宅への受け入れが可能である。

退院後の生活(施設 ・ 自宅)

担当ケアマネが分かれば記入して下さい。 氏名 _____ TEL _____

※血液検査(末梢血液、栄養状態の分かる項目、炎症反応)結果の添付をお願い致します。