

FAX 0465-34-3180 (予約専用ファックス)

小田原市立病院行き

【胃瘻交換依頼書】

平成 年 月 日

患者氏名・性別	(ふりがな)	旧 姓	性 別
			男 女
生年月日	明 大 昭 平 年 月 日 (歳)		
現住所	〒 -		
電話番号			
当院受診歴	有 無	当院 診察券番号	□□-□□□□-□
申込医療機関			
申込医	TEL :		FAX :
交換希望日 (木曜日の13:15 13:30)	第1希望	月 日(木)	13:15 13:30 (いずれかに○)
	第2希望	月 日(木)	13:15 13:30 (いずれかに○)
現在服用している 抗凝固剤・抗血小板剤			

現在の胃瘻の種類

メーカー名 ポストン
 オリンパス
 クリエイトメディック
 その他 ()

太さ×長さ (Fr cm)

ボタン型 チューブ型
 バンパー バルン

交換に対するご希望

現在と同じもの
 タイプ変更 (理由:)

変更希望のタイプ

ボタン型 チューブ型 (太さ×長さ: Fr cm)
 バンパー バルン