

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】

令和 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 (第1、第3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 バルーン

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

ボタン型バンパー18Fr2.4cm ボタン型バンパー18Fr3.4cm ボタン型バンパー18Fr4.4cm
 チューブ型バルーン15Fr チューブ型バルーン16Fr