

# 胃ろう交換依頼書（診療情報提供書）

年 月 日

大田池上病院  
地域医療連携課 宛

紹介元医療機関名（入所施設名）

T E L : 0120-540-119  
F A X : 03-3752-1118

T E L :  
F A X :  
医 師 名 :  
担 当 者 名 :

フリガナ				生年月日	T S H	年	月	日	歳	
患者氏名										
希望日	①	月	日 ( )	②	月	日 ( )	③	月	日 ( )	
来院方法	ストレッチャー 車椅子			付添	家族 職員					
前回交換日または造設日							年	月	日	交換 造設
現在使用中の製品（分かれば）										
器材名：				サイズ：	Fr					cm
希望の胃ろうの形式	<input type="checkbox"/> ボタン型バンパー			<input type="checkbox"/> チューブ型バンパー						
	<input type="checkbox"/> ボタン型バルーン			<input type="checkbox"/> チューブ型バルーン						
胃ろう周囲の状況	・ 注入食の漏れ： 有 無			・ 滲出液、発赤、出血： 有 無						
	・ 肉芽形成状態： 有 無			・ チューブの緩み： 有 無						
	・ 体重の増減			前回より ( ) kg			増 減 変わらない			

診療情報提供（主訴、紹介目的、症状経過等）