

上田病院・胃瘻交換 申込書

◆ 交換申込可能日

水曜日 12:30来院 13:00開始

木曜日 12:30来院 13:00開始

※ 曜日については変更になる可能性があります。

◆ 交換希望日

① 月 日 (曜)

② 月 日 (曜)

③ 月 日 (曜)

特に希望なし

都合の悪い日()

◆ 依頼元機関

所在地
名称
TEL
FAX
担当者名

◆ 患者情報 当院受診歴 (有 ・ 無 ・ 不明)

ふりがな 氏名	性別 男 ・ 女	生年月日 年 月 日 (歳)	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平
主病名:			
保険者番号	記号	番号	有効期限
公費負担番号	公費受給者番号		
現状: 施設入所中 ・ 自宅	移動方法: 車いす ・ ストレッチャー		
胃瘻種類:	バンパー ・ バルーン	サイズ:	Fr cm
前回交換日: 年 月 日 (当院 ・ 他院)	抗凝固剤内服: あり ・ なし		

◆ 交換日決定時連絡先

紹介元へ連絡

その他への連絡

名称:	TEL:
入所施設 (担当者:) ・ 親族 (続柄:)	FAX:

◆ 注意事項

* 診療情報提供書とともにFAXしてください。

* 2週間以上の余裕をもってご依頼ください。

* 交換後に上部内視鏡(胃カメラ)にて留置確認を行うため、当日に内視鏡検査同意書にご署名をしていただくこととなります。可能な限り、ご家族様も来院していただくようお願い致します。

* ご不明な点はお問い合わせください。

【 上田病院 地域医療連携室 】

TEL 06-6334-9441 (直通)

FAX 06-6151-3718 (直通)

TEL受付時間

平日

9時00分～16時30分

土曜日

9時00分～11時30分