

上田病院 ・ 経鼻カテーテル交換 申込書

◆ カテーテル交換申込可能日

- * 火曜日 11:00来院 11:30分開始
- * 木曜日 12:30来院 13:00分開始
- * 金曜日 12:30来院 13:00分開始

※ 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)

◆ 依頼元機関

| |
|------|
| 所在地 |
| 名称 |
| TEL |
| FAX |
| 担当者名 |

特に希望なし

都合の悪い日(_____)

◆ 患者情報 当院受診歴 (有 ID: _____ ・ 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: | | |
| 現状: 施設入所中 ・ 自宅 | 移動方法: 車いす ・ ストレッチャー | |
| EDチューブ 種類 | サイズ: | Fr _____ cm |
| 前回交換日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (当院 ・ 他院) | | |
| O2: 有 ・ 無 | 吸引: 有 ・ 無 | 気管切開: 有 ・ 無 |

◆ 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。
- * ご不明な点はお問い合わせください。

【 上田病院 地域連携室 】

TEL 06-6151-3650 (代表)
 FAX 06-6152-8532 (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