

# 上田病院・胃瘻造設 申込書

## ◆ 依頼元機関

所在地

名称

TEL

FAX

担当者名

## ◆ 入院日

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		
身長: cm	体重: kg		
抗凝固剤内服: あり・なし	アレルギー: あり ( )・なし		
造設後抜糸: 可能 不可			

## ◆ 造設日決定時連絡先

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。
- \* PEG造設同意書・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