

# PEG造設(交換)申し込み用紙兼診療情報提供書

(下記FAXにてお申し込みください)

申込先 函館市医師会病院 担当医

申込日 平成 年 月 日

電話 43-6000 FAX 43-6022(連携室直通)

## ○PEGコース

(いずれかにレ印を  
お願いします)

- PEG造設(2泊3日コース)
- PEG造設(造設後7日間コース)
- PEG交換(外来コース)
- PEG交換(入院2泊3日コース)

造設(交換)希望時期 月 日頃 施行希望医師名 . 無

## ○患者様の基礎データ

フリガナ

患者氏名 年齢 歳 性別 男・女

住所 連絡先

基礎疾患 医師会病院退院時  
搬送方法

## ○患者様の診療データ

新規造設または交換変更希望の機具 有・無

希望機具が有の場合は希望されるタイプにレ印をお願いします。  
交換の場合は現在のご使用のタイプをお知らせください。

- 希望機具
- バルン型ボタンタイプ
  - バルン型チューブタイプ
  - バンパー型ボタンタイプ
  - バンパー型チューブタイプ
  - PTEG
  - その他( )
- 交換の場合、現在の機具タイプおよびFr  
( )型 ( )タイプ  
( )Fr

①現在の経腸栄養施行 有・無

有の場合 栄養剤の種類 カロリー Cal.

投与方法 流体・固形化 一回投与時間 時間・24H持続

経口摂取 有・無

②夜間不穏 有・無

③嚥下評価希望 有・無

④造設(交換)後転帰 在宅・貴院・前施設・その他医療施設( )

(交換の場合は以上で終了です。造設の場合は2枚目もお願いします)

申込施設名

連絡先 電話

担当医師名

FAX

