

PEG

依頼の御返事

殿

先生御机下

函館市富岡町2丁目10番10号
函館市医師会病院 PEG連携室
電話 (0138) 43-6000
FAX (0138) 43-6022

この度は、御紹介ありがとうございました。下記の通り日程を調整させて頂きましたので御報告致します。

尚、不都合がございましたら御連絡をお願い致します。

フリガナ 患者氏名	様	性別		年齢	歳
PEGコース	造設・交換 区分	コースの種類			
		コース			
日 程	外 来	() 時 分から交換 交換時間の30分前に御来院をお願い致します			
	入 院	入 院 日 () 時 分頃に御来院をお願い致します 造設予定日 () (交換) 退院予定日 ()			
担 当 医					
抗凝固薬 休薬	薬剤名 () 休薬日 ~				