

胃瘻造設にあたっての問診票

※全てご記入をお願いします。

患者氏名	年齢	性別	生年月日
患者住所			
患者家族の連絡先			
紹介元病院・施設			
医師名			
病院・施設の住所・連絡先			
病名			
腹部手術の既往 (無・有			・不明)
抗血小板薬・抗凝固薬 (無・有 :)
その他の内服薬 ()			
インスリン注射の使用 (無・有・不明)			
感染症 (無・有			・不明)
癌・悪性疾患・血液疾患 (無・有 :			・不明)
肝硬変 (無・有・不明)		腹水 (無・有・不明)	
その他現在の慢性疾患 (無・有 :			・不明)
薬剤アレルギー (無・有 :			・不明)
患者さんの状態について			

経鼻経管栄養 ; 現在している・していない・過去にしていた・全くしてない・その他
 臥床状態 ; まっすぐ仰臥位になれる ・ 斜めになる ・ 横向きしかなれない
 四肢拘縮 ; なし・あり (部位)
 不 穩 ; しばしば有り ・ 時に有り ・ ほぼ無し
 ADL ; 完全寝たきり・ ほぼ寝たきり・ 端坐位が可能・ 自立座位可能
 経口状況 ; 経口摂取不能・ 経口摂取少しなら可能 ・ 不明
 誤嚥傾向 ; 誤嚥しやすい・ あまりない・ 不明

患者さんのご家族について

キーパーソン ; 特に胃瘻造設の意思決定者

親族 ()
 親族以外 ()

初回ご希望のカテーテルタイプ	:	バンパー	・	ボタン	・	特に希望無し
造設ご希望日時		月		日		ごろ
転院・前検査・処置方式のご希望 (下記参照) : パターン1 ・ パターン2 ・ その他						

パターン1 : 転院して頂き、同日検査・胃瘻造設を行うものです。

※造設後は当院での1週間程度の入院が見込まれます。

※前検査や内視鏡で増設不能と判断された場合は翌日帰院となります。

パターン2 : 前もって一度受診して頂きます。造設可能か否かを非侵襲検査 (CT等) で判断します。

※胃瘻可能と思われる場合は、後日予定入院していただき・造設処置を行います。

※何らかの理由で造設不能な場合は翌日帰院となります。

その他 : 可能な範囲でご希望に沿うようにカスタマイズします。