

胃ろう交換予約票兼受付票

FAX送り先: 地域連携室宛 0857-31-0730

平成29年3月1日改

患者情報	フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平	年 月 日
	氏名					() 歳
	住所		TEL			
	病名					
	感染症	無・有 ()	薬剤アレルギー	無・有 ()		
依頼元情報	病院名・施設名等	名称	TEL (問い合わせ先)			
		ご担当者名 ()	FAX (受付票送付先)			
現在使用カテーテル ※漏れの無いよう、ご記入ください。 ※該当の項目の□に✓をお付けください。	※胃ろうの種類 (※製品名 _____) <input type="checkbox"/> バルーン 型 <input type="checkbox"/> チューブ <input type="checkbox"/> パンパー 型 <input type="checkbox"/> ボタン ※サイズ (_____ Fr _____ cm)					
希望交換日	第1希望 年 月 日 (第2月曜日・第4月曜日・水曜日) 13:30~					
	第2希望 年 月 日 (第2月曜日・第4月曜日・水曜日) 13:30~					
胃ろう造設日 (初回交換時に記載)	年 月 頃	病院名	<input type="checkbox"/> 尾崎病院 <input type="checkbox"/> 他院名 (_____)			
備考(胃ろうに関してのご要望などその他)						

胃ろう交換受付票(尾崎病院→主治医・施設等)						
予約日	年 月 日 (_____ 月曜日 ・ _____ 水曜日)	13時30分~				
連絡事項						

<連絡事項>

- ・上記「胃ろう交換予約票」に必要事項を記載してお申し込みください。「胃ろう交換受付票」に、決定した予約日を記載して返信いたします。
- ・返信時には『胃ろう交換説明同意書』を添付します。必ずご確認いただきサインをお願いします。
- ・胃ろう交換日は第2・4月曜日、水曜日のいずれか13時30分~です。交換時間の5分前までに受付を済ませてください。
- ・来院時に 受付票・同意書・保険証の提出をお願いします。初診の方は診療情報提供書もご持参ください。なお、初診の場合、保険証及び診療情報提供書を事前にFAXして頂くと待ち時間が短縮します。
- ・当日の注入について、昼は注入しないで来院していただき、胃ろう交換後に注入してください。(朝は、可能な限り8:30までには注入を済ませてください。)

回答日(院内用)