

胃瘻力テ一テル交換事前問診票

ご記入の上、FAX してください

(※日程につきましては、内視鏡センターよりお電話いたします。)

日付 (/ /)

記入者サイン ()

ご依頼元（施設名など） _____ （連絡先） _____

患者様の氏名 ふりがな _____ 生年月日 _____ 年齢 _____ 歳

ご家族の連絡先（携帯）

診断病名 _____

既往症_____

活動状況（ADL など） 全介助 ・ 部分介助 ・ 介助無

現在の状況（○をつけてご記入ください）

点滴 経管栄養 経口 その他 ()

カロリーー _____ kcal、内容 (_____)

点滴であれば点滴内容 ()

発熱（有・無） 酸素投与 無・有（ L/mマスク、経鼻）

血压 _____ / _____ 脈拍 _____ /min 体温 _____ 度

現在の内服薬 抗凝固剤・抗血小板剤内服： 無 有（ ）

◎ 胃痙力テ－テル

(現在使用している種類) : ☐ カンガルーボタン () Fr × () cm

☐ その他 ()

- ・ トラブル 無・有 ()
- ・ 瘻孔周囲の皮膚の状態 ()

◎ 同意書記入 (済 ・ 未)

注意事項：・事前問診票は、看護師さんのご記入でも結構です。

・診療情報提供書と同意書持って、食事抜きで 1F 総合受付までおこしてください。

予約先： 人吉医療センター 予約センター FAX (0966) 22-7879