

胃瘻カテーテル交換申込書（診療情報提供書）

令和 年 月 日

 紹介医療機関・医師名・電話・FAX

送信先：さくら会病院地域連携室
FAX：072-367-7775

フリガナ 氏名		男 ・ 女	住 所	
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)			電話番号 携帯番号
さくら会病院受診歴	有・無		ID 番号	

内視鏡のご希望	<input type="checkbox"/> 経鼻内視鏡 <input type="checkbox"/> 経口内視鏡 <input type="checkbox"/> どちらでもよい（施行医におまかせ）
鎮静のご希望	<input type="checkbox"/> 鎮静下の交換希望 <input type="checkbox"/> 鎮静なしでの交換希望 <input type="checkbox"/> どちらでもよい
日程のご希望	第一希望 月 日 曜日 AM/PM
	第二希望 月 日 曜日 AM/PM
	<input type="checkbox"/> 特に日程の希望なし <input type="checkbox"/> 緊急性ありなるべく早く
抗凝固剤内服	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
緑内障	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 閉塞隅角緑内障 <input type="checkbox"/> 開放隅角緑内障 <input type="checkbox"/> 詳細不明）
最近の体重増減	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 増加（約 kg） <input type="checkbox"/> 減少（約 kg）
前回交換時以降の特記すべき 症状経過や入院等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
その他のご希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）

- ★この用紙は診療情報提供書（紹介状）を兼ねています。
- ★予約が取れましたら、『予約表』を FAX にて返信させていただきます。

★通信欄