

名古屋市立大学医学部附属 みどり市民病院  
胃ろう交換予約申込票

(共同利用)

地域医療連携センター行  052-892-1315  052-892-1334

申込み受付時間 平日 8:45~17:00 土曜日 9:00~13:00

申込日 令和 年 月 日

注意点

医療機関名	
所在地	〒
担当医	
電話番号	- -
FAX 番号	- -

診療情報提供書が別途必要です。  
原則、当院にて胃ろう交換を継続している患者さんに施行します。  
胃ろう交換は月・水曜日(祝日除く)の10時30分です。  
交換希望日の14日前までに申し込みをしてください。  
胃ろうの状況によっては内視鏡を用いての交換となることもあります(その場合は日を改めての交換となる場合があります)。  
ご予約後に「胃ろう交換に関する説明と同意書」を郵送しますので、患者さんに説明と同意書のサインをいただいでください。  
前日の夜9時以降は絶食として下さい。  
当日は口からも、胃ろうカテーテルからも食事、栄養剤は投与しないで下さい。  
白湯であれば当日朝8時までに注入可能です(朝の内服薬は8時までに注入して下さい)。

希望日時	第1希望	令和 年 月 日 10時30分
	第2希望	令和 年 月 日 10時30分

予約の空き状況により希望に添えない場合がございます。あらかじめご了承ください。

フリガナ 患者氏名		男女	生年 月日	大 昭 年 月 日 平 令 ( 歳)
住所	〒 -	TEL	*日中に連絡がつく番号をご記入ください	
			自宅	- -
			携帯	- -
受診状況	貴院には	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 入院中	(貴院 ID; )
	当院には	<input type="checkbox"/> 受診歴あり(当院 ID; ) <input type="checkbox"/> 受診歴なし		

## 2枚目もご記入ください

1. 基礎疾患	
2. 既往歴	薬剤アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
	腹部手術歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
	抗血栓薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
	肝疾患 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
	血液疾患 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
3. 現在の胃ろうカテーテル	前回交換日 令和 年 月 日
※直近の交換時にお渡しした患者カードのコピーを貼り付けてください。 貼り付けられない場合はコピーをFAXしてください。	
4. 希望される胃ろうカテーテル	<input type="checkbox"/> 現在と同様のカテーテル <input type="checkbox"/> 新規カテーテル→下記記入
	メーカー 製品名 太さ 長さ <input type="checkbox"/> バルーン型 <input type="checkbox"/> バンパー型 <input type="checkbox"/> ボタン <input type="checkbox"/> チューブ
5. 胃ろう周囲の状況	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> ただれ <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 肉芽 <input type="checkbox"/> 浸出液 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 漏れ