

胃瘻交換申込書

年 月 日

大垣徳洲会病院 入退院支援室宛

503-0015 大垣市林町 6 丁目 85-1
TEL : 0584-77-6166
FAX : 0584-71-7517

御施設名
医 師 名
住 所
T E L
F A X

【患者様の情報】

ふりがな			生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
患者氏名		男・女	住 所	

【診 療 情 報】 該当箇所に ☒ を付けてください

感 染 症	☐ 無 ☐ 有 ()
抗凝固剤の使用	☐ 無 ☐ 有 休薬は不要です 薬剤名 () ⇒ (/) より中止可能
抗血小板剤の使用	☐ 無 ☐ 有 休薬は不要です 薬剤名 () ⇒ (/) より中止可能
最終交換日	年 月 日
実 施 機 関	☐ 当院 ☐ その他 ()
カテーテルの種類	製 品 名 () 型 名 (バルーン・バンパー) (ボタン・チューブ) 太さ×長さ (Fr) (cm)
スキントラブル	☐ 無 ☐ 有 ()

返信・予約控え

下記の日時に予約しました。

年 月 日 () 午後 2 時から

上記予約に関するお問い合わせは、入退院支援室 胃瘻交換担当者までご連絡ください。
TEL : 0584-77-6166 (直通) FAX : 0584-71-7517

◎当日にご持参いただくもの

健康保険証、公費負担受給者証、大垣徳洲会病院の診察券、お薬手帳、予約票、問診票等、
診療情報提供書