

胃ろう、腸ろう（小腸留置チューブ）交換申込書

年 月 日

京都山城総合医療センター 地域医療連携室 宛

TEL : 0774-72-0235 (代表)

FAX : 0774-72-0574 (直通)

平日 8:30~16:45

※上記の時間以外に頂いたFAXについては、翌日以降の平日に予約受付をさせていただきますのでご了承ください。

お手数ですが、必要事項をご記入のうえ、FAXにてお申込くださいますようお願いいたします。
後ほど（後日）、予約票をFAXいたします。

貴院（貴施設）名	
住 所	
TEL / FAX	

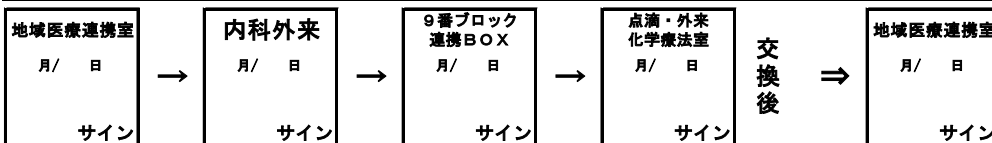
ふりがな			
患者氏名		男 ・ 女	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年 齢	才
住 所	(〒 -) Tel (- -)		
当院受診歴	あり	なし	
ご記入者名 ()			

交換内容	胃ろうチューブ交換	小腸留置チューブ交換	
	希望日・不都合な日 月 日、 月 日、 月 日		
現在挿入中のチューブの種類とサイズ	記入例) カンガルーバンパー型 Fr cm		
前回交換日/交換施設名	年 月 日 (施設名:)		
挿入部皮膚状態	異常なし	赤くただれあり	肉芽あり
チューブ挿入部よりのもれ	なし	少しあり	多いにあり
現在注入中の栄養剤	ラコール ・ エンシュア ・ その他 ()		
交換日の当院内移動手段	車イス ・ リクライニング式車イス ・ ストレッチャー		

注) 以下は記入不要です

担当医	先生
胃ろう交換予定日	月 日 時 分頃
チューブの種類 ()	
チューブのサイズ ()	Fr cm

～院内メモ～



患者ID:

ロット貼付