

内視鏡的胃瘻造設術 (PEG) ・ 情報交換用紙 ( 造設 ・ 交換 )

\*必要事項を記入の上、FAXにて返信をお願いいたします。

紹介病院名： 【外来の場合は PEG 予定日： 月 日】  
患者氏名： 性別：( 男 ・ 女 )  
生年月日：西暦 年 月 日 ( 歳 )  
身長： cm 体重： kg  
原疾患名：  
腹部手術歴：( 無 ・ 有【手術名： 】 )

当院での PEG 造設には、バンパー・チューブタイプ又はバンパーボタンタイプ 24Fr を使用しています。  
ご希望のタイプに○印をつけてください。

【造設する PEG のタイプ：バンパーチューブ型 ・ バンパーボタン型】

PEG 交換の場合：(現在の PEG カテーテル名： )  
(サイズ： Fr cm )

① 抗凝固剤の有無：( 無 ・ 有 )

\*有りの場合は、薬剤名・休薬の有無や休薬期間の記入を下記をお願いいたします。

\*薬剤により、必要な休薬期間が異なりますので、主治医にご確認ください。

【 】

② 感染症の有無：( 無 ・ 有【 HbsAg ・ HCV ・ MRSA ・ TPHA ・ その他 】 )

③ 意思疎通：( 可能 ・ 不可能 ・ その他 )

\*その他の場合は、意識レベル等の記入をお願いいたします。

【 】

④ 認知症：( 無 ・ 有 )

⑤ 拘束の必要性：( 無 ・ 有 )

⑥ 麻痺・拘縮の有無：( 無 ・ 有 )

\*有りの場合は、その状態・程度の記入をお願いいたします。

ADL の状況：【 】

⑦ 義歯：( 無 ・ 有 )

⑧ 開口障害 ( 3cm 未満の場合 )：( 無 ・ 有 )

⑨ パーキンソン症候群：( 無 ・ 有 )

⑩ 現在の栄養摂取方法：( マーゲンチューブ ・ 経口 ・ 点滴 ・ 絶食 )

.....  
\*採血検査データ (凝固系を含む) と内服薬剤一覧および保険証の写しも、一緒に FAX を  
お願いいたします。

\*日帰り PEG の造設の際には、当院の「地域連携クリニカルパス」をお渡しします。

\*受診時、診療情報提供書もお願いいたします。

医療法人菊野会 菊野病院地域連携室 TEL : 0993-56-1135

FAX : 0993-56-5654