

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 カテーケル名：)

(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にお願いいたします。

*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