

診療情報提供 兼依頼書

依頼日:平成 年 月 日

中部徳洲会病院

病院名

ご担当医 先生 御侍史

担当医(担当):

TEL:

(フリガナ) 患者氏名		生年月日	M・T・S・H 年 月 日(歳)	男・女
住 所	TEL:			

診断名

[]

既往歴(※特に腹部手術の有無確認をお願いします)

[]

現在の状況(内容)

[]

【内服薬の確認】

○ 抗凝固剤、血小板剤の服用 (あり なし)

※ありの場合は薬剤名のチェックをお願いします。また、事前の調整が必要です。

アスピリン バファリン バイアスピリン エパテール

パナルジン錠 パナルジン細錠 プレタール錠 ドルナー錠

プロサイリン錠 アンプラーグ錠 ワーファリン錠

その他()

○ 抗凝固剤、抗血小板剤以外の服薬中の薬

[]

※入院(転院)は処方された薬は服薬の有無にかかわらず来院時すべてご持参下さい。

○ NGチューブの使用 (あり なし)

○ 現在の経管栄養の種類と量

[]

【依頼内容】

1. 胃瘻 空腸瘻 気管切開 CVポート
2. 交換・造設
 - ① 交換 (初回 2回目以降)…外来にて対応します。
 - ② 造設 (入院にて対応)…入院期間については、お問い合わせください。

【担当医の確認 (造設の場合)】

1. 造設適応の確認 (あり なし)
2. QOLまたは生命予後の改善の見込み (あり なし 不明)
3. 家族への説明・同意
 - ① 適応について (済 未)
 - ② 効果・合併症(リスク含む)について (済 未)

※3に關しましては、原則担当医よりご家族へ説明をお願い致します。

【ご希望の器具】

○ 【造設時】

原則バンパー式チューブ(20Fr)のみの増設となります。

○ 【交換時】

バンパー式ボタン(20Fr) バルーン式チューブ(適時サイズ)

※原則バンパー式ボタンに交換します。貴施設で交換可能な場合は、バルーン式チューブ(適時サイズ)へ変更します。

※バンパー式ボタンの交換時期は、6ヶ月～1年後です。

【来院時の状態】

- 来院時のADL (ストレッチャー 車椅子)
- その他、特記すべき事項

[]

以上を確認して頂きこちらの用紙に記入の上、電話とFAXにてご予約ください。

医療法人沖繩徳洲会 中部徳洲会病院 地域医療連携室

TEL:098-931-1070(直通) FAX:098-931-1129(直通)