

# 交換依頼

わかる範囲でお書き下さい。

## 胃瘻交換依頼書 ・ 診療情報提供書 (FAX兼用)

※交換依頼の際は、栄養連絡ノートの記載(評価)もあわせて行ってください。

紹介先(依頼先)	医療機関名	依頼日	年	月	日
	所属	施設名			
	担当者	所属			
	様	氏名			
		住所			
		TEL			
		FAX			

フリガナ	性別	男・女			
患者氏名	様	生年月日・年齢	年	月	日(歳)
住所	電話番号				

診療情報等 (紹介目的・既往歴及び家族歴・症状経過・検査結果・治療経過、現在の処方)

前回交換日	年	月	日
診断名 (傷病名)		抗凝固薬・抗血小板薬	有・無
感染症	HBV( )・HCV( )・MRSA( ) Wa( )・その他( )	薬物療法	
交換希望日		交換時の希望	
第一希望	月	日( )	
第二希望	月	日( )	

現在の状況についてお知らせ下さい。

- 前回から特に変わりなし  
 トラブルあり (該当する項目を丸で囲んでください。)

### 胃瘻周囲の皮膚の状態

出血・発赤・ただれ・湿疹・痒み・栄養剤や内容物の漏れ  
その他 ( )

### カテーテルの状態

つまり気味・破損している・変形している・抜けかけている  
その他 ( )

### 全身状態

発熱・嘔気・嘔吐・腹痛・お腹の張り  
その他 ( )

- 現在の胃瘻情報は、前ページなどを参照して下さい。  
 現在の胃瘻情報は下記を参照して下さい。

メーカー名・製品名	太さ×長さ	Fr ×	cm
カタログ番号(REF)	チューブ	・	ボタン
製造番号(LOT)	バンパー	・	バルン(蒸留水 ml)