

記載開始日

年

月

日

原本は患者様にお持ち頂き、必要な情報はコピー等で対応して下さい

# 胃瘻情報ファイル



さま

おなまえ:

胃瘻が抜けてしまった!!!  
など胃瘻のトラブルがあった時は、  
まず緊急連絡先(かかりつけ医)へ連絡して下さい。  
対応できないときは連携施設までご連絡下さい。

緊急連絡先  
(かかりつけ医):

連携施設連絡先:

連携施設連絡先:

患者様は、医療機関受診時必ずこのファイルを持参してください。

この胃瘻情報ファイルには、あなたの胃瘻に関する大切な情報が書かれています。なくさないように大切に保管して下さい。

このファイルにより、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、栄養士等が、あなたの状況を正確に判断する事ができます。

他の病院や診療所、往診に来られたスタッフの方にも、この胃瘻情報ファイルを見せることで、胃瘻の交換時期の確認をしてもらえたり、トラブルなどの対応を、より安全にしてもらえます。

# 患者様の基本情報

(本人、家族、主治医、担当看護師のいずれの方でもかまいませんので記載して下さい。)

## ①既往歴(過去にかかった病気)

次の病名を医師に言われたことがありますか？ある場合は下の病名に○印をつけて下さい。

喘息・高血圧・糖尿病・心疾患(心筋梗塞・狭心症・心不全・ペースメーカー装着)・結核・腎疾患・蕁麻疹・花粉症

他ににかかった病気や上記の病気で正式な病名がわかりましたら以下に記載して下さい

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(わかる範囲でかまいませんので、その時期やかかった病院も記載して下さい)

## ②現在、飲んでいるお薬で、血液をサラサラにする薬(血液を固まりにくくする薬、抗凝固療法薬

などと言われているお薬)はありますか？

ない・わからない・ある

「ある」とお答えの方にお聞きします。お薬の名前がおわかりでしたら記載して下さい。

\_\_\_\_\_

## ③特に知っておいて貰いたい、好きな食物や嫌いな食物はありますか？

嫌いな食物 \_\_\_\_\_

好きな食物 \_\_\_\_\_

## ④食べ物で具合が悪くなったことはありますか？

ない・わからない・ある

「ある」とお答えの方にお聞きします。

何の食べ物でしたか？ \_\_\_\_\_

どのようになりましたか？ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ⑤注射、飲み薬、坐薬、貼り薬などで具合が悪くなったことはありますか？

ない・わからない・ある

「ある」とお答えの方にお聞きします。

お薬はわかりますか？ \_\_\_\_\_

どのようになりましたか？ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ⑥その他の湿布薬や絆創膏などの貼付剤で皮膚がかぶれやすいですか？

かぶれない・わからない・かぶれやすい