

## 内視鏡的胃瘻造設術（PEG）依頼用紙

※必要事項を御記入の上、FAX にて御送信をお願い致します。

紹介病院名：

紹介医師氏名：

患者氏名： 性別：（ 男 ・ 女 ） 年齢：（ ）歳

生年月日：M・T・S・H・R 年 月 日

原疾患名：

心疾患：（ 有 ・ 無 ） 緑内障：（ 有 ・ 無 ） 前立腺肥大症：（ 有 ・ 無 ）

腹部手術歴：（ 有 [手術名： ] ・ 無 ）

当院受診歴：（ 有 ・ 無 ）

御家族連絡先：（ 氏名： 電話番号： ）

当院でのPEG 造設には、バンパー・ボタンタイプの24Fr.を使用しています。

① 抗血小板剤、抗凝固剤使用の有無：（ 有 ・ 無 ）

※有りの場合は、薬剤名・休薬の必要性の有無の記載をお願いします。

薬剤名： [ ] 休薬の必要性：（ 有 ・ 無 ）

② 感染症の有無：

（ 有 [ HBsAg ・ HCV ・ MRSA ・ TPHA ・ その他 ] ・ 無 ）

③ 意思の疎通：（ 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します。

[ ]

④ 認知症：（ 有 ・ 無 ） ⑤ 拘束の必要性：（ 有 ・ 無 ）

⑥ 麻痺・拘縮の有無：（ 有 ・ 無 ）

※有りの場合は、その状態・程度の記入をお願いします。

ADL の状況： [ ]

⑦ 義歯：（ 有 ・ 無 ）

⑧ 開口障害（3cm未満の場合）：（ 有 ・ 無 ）

ご協力ありがとうございました。

※ 採血検査のデータ（凝固系を含む）も、可能でしたら一緒にFAX をお願い致します。

※ ご不明な点がございましたら地域医療連携室までご連絡下さい。