

# PEG造設用診療情報提供書

年 月 日

医療機関名：泉大津市立病院

担当医 宛

ふりがな				男・女	明・大 昭・平	年	月	日生	
氏名								( 歳)	
〒 — 電話番号： ( )									
紹介目的：胃瘻造設依頼									
既往歴	原疾患	①				③			
		②				④			
	病歴								
	開腹手術歴	有・無	病名						
			施行年月日：	施行医療機関：	施行手術：				
感染症	HBsAg( )	・	HCVAb( )	・	Wa-R( )				
	MRSA	※入院入所中の方	喀痰( )	・	便( )				
現在の栄養療法	<input type="checkbox"/> 経口摂取	内容( )							
	<input type="checkbox"/> 経鼻	内容( )							
	<input type="checkbox"/> 経静脈(末梢)	内容( )							
	<input type="checkbox"/> 中心静脈	内容( )							
処方内容	※抗凝固剤については別紙『抗凝固剤薬品(一般名)』を参考にいただければ幸いです。								
	備考	褥瘡	有・無	部位：	状態：				
PEG造設後の対応		<input type="checkbox"/> 在宅療養	家人への話し合いがされているか？		YES・NO				
		<input type="checkbox"/> 介護施設	予約がとれているか？		YES・NO				
		<input type="checkbox"/> 貴院への再転院	YES・NO	YESの場合はいつ頃転院可能か？ ( )					
		<input type="checkbox"/> 他院への転院	YES・NO	YESの場合はいつ頃転院可能か？ ( )					
いずれもNOの場合はお断りすることもあります。									
その他									
紹介元	医療機関名：				医師名：				
	住所：				電話番号：	( )			

(提出先) 泉大津市立病院 地域医療連携室 TEL 0725-32-5622 FAX 0725-32-6961