

## 胃ろう交換予約方法

胃ろう交換は当院で胃ろう造設された方にかぎります。

「胃ろう交換問診・情報シート」の太枠内を全てご記入いただき  
FAX してください。

FAX 番号 045-511-8547 (代表)



市ケ尾病院外来までお電話ください。

TEL 番号 045-511-7811 (代表) 月～金曜 10:00～16:00

胃ろう交換前診察の予約をお取りします。

胃ろう交換前診察…火曜 14:00 / 木曜 14:00

### ■ 胃ろう交換前診察日

胃ろう交換日を決めます。

基本は施設の方とご家族の同伴をお願いしております。

- ・ 当日ご用意いただくもの

情報提供書 胃ろう交換問診・情報シート (原本)  
お薬手帳 患者記録カード (前回の PEG カード)

- ・ 胃ろう交換に必要な検査をします。  
採血 ・ 胸部レントゲン ・ 心電図
- ・ カテーテルの種類・抗凝固薬の休薬期間を確認し承諾書を作成します。
- ・ 診察後看護師より交換当日の食事やお薬、服装、来院時間などお伝えします。

### ※ 情報提供書について

安全かつ迅速な胃ろう交換実施の為下記の内容を含む患者情報の提供にご協力ください。

- ・ 現病歴
- ・ アレルギーの有無
- ・ 抗凝固薬や糖尿病薬内服の有無と薬品名 (休薬可能か)

# 胃瘻交換問診・情報シート

交換日 年 月 日

ID :

フリガナ			
氏名	様	性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年齢	歳
キーパーソン氏名	様 (続柄)	電話番号	
施設名		施設電話番号	
現病歴			
患者状態			
▼意思疎通 (可・不可)	▼痰の量 (少・中・多)		
▼麻痺 無・有 (部位)	▼拘縮 無・有 (部位)		
▼歯のぐらつき (無・有)	▼取り外し可能な義歯 (無・有)		
▼危険行動 (無・可能性あり・有)	▼開口具合 (易・難)		
血小板薬 抗凝固薬など 休薬指示	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	胃瘻交換	<input type="checkbox"/> 初回 造設日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 2回目～前回交換日 年 月 日
糖尿病薬 インスリン注射 処方	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	挿入中の カテーテル	<input type="checkbox"/> ガストロミーチューブ20Fr <input type="checkbox"/> エンドビブポタン20Fr ( )cm <input type="checkbox"/> その他 ( )
特記事項		カテーテルの 変更希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
記入者サイン			

※上記太枠内のみ記入をお願いします

## ▼当院記入

<input type="checkbox"/> 内服薬継続 <input type="checkbox"/> 内服薬・注射の中止 ( ) を 月 日 中止	検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> X-P
	服装	<input type="checkbox"/> 来院時の服装説明
カテーテル変更 <input type="checkbox"/> エンドビブポタン II 20Fr ( ) cm → ( ) cm <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> オプチュレーター取り寄せ必要	食事	<input type="checkbox"/> 当日絶食説明
	<input type="checkbox"/> 同意書取得 <input type="checkbox"/> 同意書スキャン <input type="checkbox"/> 情報提供書受け取り	
	<input type="checkbox"/> 交換日と予約時間枠取得 ( / ) : <input type="checkbox"/> 患者記録カード確認・返却	
<input type="checkbox"/> カテーテル在庫確認	担当者サイン	