

胃瘻交換 診療情報提供書

年 月 日

浜松南病院 担当医

紹介元医療機関

名称:

住所:

電話:

医師名:

浜松南病院 ID:

患者氏名: 様 (男・女) 生年月日: M・T・S・H 年 月 日

連絡先住所: 連絡先電話:

傷病名:

前回交換 キット名及びサイズ 前回交換日 年 月 日

カンガルーボタン Fr× cm

スムーズボタン 20Fr× cm

ガストロストミーチューブ 20Fr (蒸留水 ml)

その他 () キット変更希望: 無・有 ()

交換規希望日: 月 日 (火・木) 対処方法: 外来 入院

経管栄養名:

朝 ml + 白湯 ml

昼 ml + 白湯 ml

夕 ml + 白湯 ml

その他 ()

処方内容: 別紙参照

備考

ご不明な点等ありましたら当院地域医療連携室までご連絡ください。

浜松南病院 地域医療連携室
(直通) TEL: 053-443-2112
FAX: 053-443-2113
(フリーダイヤル) TEL: 0120-834-373
FAX: 0120-835-373