

胃ろう交換予約票

依頼元の情報

施設名			
TEL		FAX	
担当者			

患者様情報

ID				
フリガナ		男・女	生年 月日	M T S H 年 月 日 () 歳
患者氏名				
PEG カード 情報	現在留置されている胃瘻の種類の方に <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。 <input type="checkbox"/> ボンスキー-NBR 20Fr <input type="checkbox"/> 経皮腹壁的PEGキット (クリニー) <input type="checkbox"/> ネオフィード栄養チューブ (トップ) <input type="checkbox"/> カンガルーボタン _____ Fr <input type="checkbox"/> イディアルボタン _____ Fr <input type="checkbox"/> その他 ()			
希望交換日	第1希望日	年	月	日 () 時 分
	第2希望日	年	月	日 () 時 分
備考				

手順と注意事項

1. 胃ろう交換予約票を地域医療支援課へFAXにて申し込み下さい。
2. 交換日時が決まり次第、胃ろう交換予約通知書をFAXにて返信いたします。

上天草総合病院 超音波内視鏡センター

予約申し込みはFAXにて受け付けます。

地域医療支援課

FAX : 0969-62-1547