

FAX送信

PEG交換申し込み

紹介機関様用

独立行政法人地域医療機能推進機構
桜ヶ丘病院
地域連携室
FAX 054-353-5319

診察券番号 -

フリガナ 患者氏名	生年月日	M・T・S	男・女	内科 ・ 外科
	年 月 日	日		

紹介機関様	
-------	--

※ご希望の科に○をつけて下さい。 ↑

① PEG交換希望日

月曜日入院、水曜日入院コースの2パターンがあります（2泊3日・・・翌日にPEG交換します）
 なお、祝日と重なる場合は予約が取れませんのでご了承下さい。
 PEG交換日は混雑する事が多いので、希望日の3カ月前に予約を入れていただくことを
 おすすめします。

第1希望日 年 月 日	第2希望日 年 月 日
-------------	-------------

② 患者様の状態についてお知らせ下さい。

ADL	<ul style="list-style-type: none"> ● 排泄 : 部分介助・全介助(オムツ・パルン留置) ● 活動 : 自立・部分介助(車イス可)・全介助(寝たきり) ● 意識レベル : 清明・認知症(大きな声を出す・出さない)
内服中の薬・注射など	
PEGトラブル	無・有 ※有の場合は具体的にお書き下さい。
ご希望のPEGタイプ	前回と同じ・変更を希望 ※変更の場合、どんなタイプが希望かお書き下さい。

③ その他、入院個室希望や入院中要望事項(例:エアーマットなど)ありましたらお書き下さい。

★ご協力ありがとうございました。予約FAXは1～2日のうちに返信させていただきます。