

FAX 送信

紹介機関様用

PEG 交換申し込み

独立行政法人
地域医療機能推進機構

桜ヶ丘病院
地域医療連携室

FAX 054-353-5319

診察券番号

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

ご紹介元 名所連絡先	
---------------	--

↑
※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ください。PEG交換日は、混雑することが多いので、希望日の3カ月程前に予約を入れていただくことをお勧めいたします。

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。

ALD	● 排泄 : 部分介助・全介助(オムツ・尿管留置) ● 活動 : 自立・部分介助(車椅子可)・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)
内服中のお薬・注射など	
抗凝固剤	(有・無) ※有の場合は薬品名を記入してください。
抗凝固剤中止	(可・不可) ※可の場合は当院の規定通り中止します。
PEGトラブル	有・無 ※有の場合は具体的にお書きください。
ご希望のPEGタイプ	前回と同じ・変更を希望 ※変更の場合、どんなタイプがご希望かお書きください

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。

【送付先 FAX 054-353-5319】