

FAX送信 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
患者支援センター
FAX 054-353-5319

診察券番号 -

2019.7.10改正

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

※ご希望の診療科に○を付けてください。

①PEG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・・・入院翌日に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ヶ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ください。

ADL	<ul style="list-style-type: none"> ●排泄 : 部分介助・全介助(オムツ・尿バルン留置) ●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)	*有の方は薬品名を記入してください。
抗凝固中止 (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のご要望事項(例:エアーマットなど)ございましたらお書きください。

--

★ご協力ありがとうございました。ご予約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】