

胃瘻交換用診療情報提供書

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：

患者氏名： 男・女 生年月日：M・T・S・H 年 月 日

住所： 電話：

傷病名：

処方内容：

前回交換： 年 月 日 キット名及びサイズ：

キット変更希望：有（ ）・無

栄養剤：朝（ ） ml + 白湯 ml
昼（ ） ml + 白湯 ml
夕（ ） ml + 白湯 ml

対処方法： 入院 外来 希望日／希望曜日： 月 日／月 火 木 曜日

その他：

ご不明な点等ありましたら浜松南病院：地域医療連携室までご連絡ください。

地域医療連携室（直通）TEL：053-443-2112

0120-834-373

FAX：0120-835-373