

胃瘻造設用診療情報提供書

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：

既往歴： 高血圧 有・無 緑内障 有・無
心疾患 有・無 不整脈 有・無
糖尿病 有・無 前立腺肥大 有・無
その他 有 ()・無
腹部手術歴 有 (手術名：)・無

病状及び治療経過：

処方内容：

① 栄養状態： 良好 ・ 中等度の不良 ・ 重度の不良

② 現在の栄養経路： 経口 ・ 経腸 ・ 経静脈

詳細内容

総摂取エネルギー量： Kcal

③ 希望するカテーテルのタイプまたは商品名：

④ 感染症の有無：

HBs HCV MRSA TPHA その他 無

⑤ アレルギーの有無：有（ ）・無

⑥ 意志の疎通：可能 不可能 その他

*その他の場合は、意識レベル等の記入をお願い致します。

（ ）

⑦ 認知症：有 ・ 無

⑧ 拘束の必要性：有 ・ 無

⑨ 麻痺・拘縮の有無：有（ ）・ 無

⑩ 義歯：有 ・ 無

⑪ 開口障害（3 cm 未満の場合）：有 ・ 無

⑫ 日常生活機能評価：

寝返り できる 何かに掴まれば可 できない

起き上がり できる 何かに掴まれば可 できない

座位保持 できる 支えがあれば可 できない

移乗 できる 一部介助 全介助

排泄 トイレ P トイレ オムツ カテーテル

⑬ 家族構成：

⑭ その他特記事項（平時1～2日のバイタルサイン・状態等の記入をお願い致します）

*患者様の状況により PEG 造設ができない場合があります

- ・ 通常の内視鏡が不可な方
- ・ 補正できない出血傾向がある方
- ・ 消化管閉塞など
- ・ 37.5℃以上の発熱のある場合

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