



《 PEG・P-TEG交換依頼書/診療情報提供書 》

大泉記念病院 地域連携室 行

FAX:0224-22-2580

【依頼元】

機関・事業所名：	TEL：
住所：	FAX：
医師名：	担当者名：

【患者基本情報】

フリガナ
.....

患者氏名 _____ 性別 男 ・ 女 ID: _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳 ※当院の受診歴があれば、当院ID番号
をご記入ください。

【診療情報提供書】 へのチェックと、必要事項の記載をお願いします。

依頼内容	<input type="checkbox"/> PEG交換 <input type="checkbox"/> P-TEG交換 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
診断名	_____	
所見	_____	
	感染症 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (_____)	
現在の処方内容	_____	
	・抗凝固・抗血小板剤 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (_____)	
	・抗凝固薬一時中止 <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可	
現在のPEG状況	造設年月日： _____ 造設機関： _____	
	メーカー/製品名： _____ / _____ REF： _____	
	種類	<input type="checkbox"/> チューブ (_____ Fr, _____ cm)
		<input type="checkbox"/> ボタン (_____ Fr, _____ cm)
<input type="checkbox"/> その他 (_____ Fr, _____ cm)		
交換形式	※特に希望がなければ、同じタイプのキットと交換となります。希望がある場合は事前に電話にて連絡下さい。	
交換日	※交換予定日は、調整後「予約票」にてお知らせいたします。なお、調整には1週間程度かかる場合もございます。	
備考	※原則外来交換とします。(入院希望の方は、別途ご相談下さい) ※処方内容につきましては、薬剤情報の添付でも可能です。	

お問い合わせ先：大泉記念病院 地域医療連携課

TEL:0224-22-2560(直通)