

内視鏡的胃瘻造設術（PEG）依頼用紙

年 月 日

社会医療法人 札幌清田病院 地域医療連携室 宛

紹介元医療機関

〒004-0831

札幌市清田区真栄1条1丁目1-1

FAX(直通)： 011-883-8221

TEL(直通)： 011-883-6114

住所

名称

依頼医師

電話番号

ふりがな 患者様氏名	様（男・女）		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日（ ）歳	
原疾患名			既往		
心疾患	☐ 有 ☐ 無	緑内障	☐ 有 ☐ 無	前立腺肥大	☐ 有 ☐ 無
腹部手術歴	☐ 有（手術名： ） ☐ 無			当院受診歴	☐ 有 ☐ 無
ご家族 （後見人）	氏名		電話番号		

①抗血小板薬・抗凝固薬使用	☐ 有 ☐ 無 ※有の場合は、薬剤名・休薬の可否の記載をお願いします （薬剤名： ）休薬可否： ☐ 可 ☐ 否
②感染症の有無	☐ 有 ☐ 無 ☐ HBsAg ☐ HCV ☐ MRSA ☐ TPHA ☐ その他（ ）
③意思疎通	☐ 可能 ☐ 不可能 ☐ その他（ ） ※その他の場合は意識レベル等の記載をお願いします
④認知症／せん妄・危険行動	認知症： ☐ 有 ☐ 無 せん妄・危険行動： ☐ 有 ☐ 無
⑤身体拘束の必要性	☐ 有 ☐ 無
⑥麻痺・拘縮	☐ 有 ☐ 無 ※有の場合は、状態・介護度の記載をお願いします ADLの状態・介護度（ ）
⑦義歯	☐ 有 ☐ 無
⑧開口障害（3cm未満の場合）	☐ 有 ☐ 無
⑨栄養経路	☐ 経口 ☐ 経鼻 ☐ DIV

※ 上記必要事項記載の上、FAXにて送信をお願いします。

※ 必要な検査データ：血算・凝固・感染症・肝炎ウイルス・生化学・血性・腹部CT（P）
の直近のデータを事前に郵送をお願いします。

その他何かご不明な点がございましたら、お気軽にお問合わせください。

受付時間：（月～金） 9：00～17：00