

## 胃瘻交換確認書

(宛先) 大隈病院 地域連携室 FAX番号 052-991-2536

胃瘻交換時に必要な情報を頂きたく、項目へチェック又は記入をお願い致します。

ふりがな	生年月日
氏名	M・T・S・H 年 月 日 ( )
住所	電話 ( )

## ① 胃瘻交換

 初回  2回目以降

※初回の場合：胃瘻造設を行った病院を教えてください ( )

※他院にて造設し当院初回交換の際、抜去器が必要です。抜去器：有・無

## ② 現在使用しているチューブの種類・サイズ

種類 ( ) サイズ ( Fr × cm )

メーカー ( ) 型番 ( )

※シールがあれば、スペースにシールをお貼り下さい。

## ③ 交換希望チューブの種類 (当院規定あり)

・バルーン型 (約2～3ヶ月にて交換) 当院に在庫あり

・バンパー型 (約6ヶ月にて交換) 発注が必要な為、1週間前までの依頼必須

 ボタン型  チューブ型

## ★当院使用、交換用胃瘻カテーテル一覧★

## 【バルーンタイプ】

○コヴィディエンジャパン株式会社

・カンガルー胃瘻バルーンカテーテル  
バルーンボタン

## 【バンパータイプ】

○コヴィディエンジャパン株式会社

・カンガルーバンパーGチューブ  
・カンガルー ボタンII

※バルーンタイプ・バンパータイプ共に、各Fr・シャフト長さあり (不明点は、お問い合わせください)

## ④ その他ご不明な点があればご記入下さい。

バンパー型にて交換希望の方は必ずチューブサイズを調べて頂きますようお願い致します。

サイズがわからない場合チューブの発注ができず、交換ができなくなってしまうのでご注意下さい。

また、来院時に前回のチューブとサイズが変わっており交換できない場合、再度発注が必要となる為その際は改めて来院のご案内となる可能性がございます。ご了承下さい。

●大隈病院 地域連携室●

受付時間：平日9：00～17：00 土曜日9：00～12：00 (日・祝・年末年始は除く)

TEL：052-991-2128 (直通) 052-991-2111 (代表)