

胃瘻交換確認書

(宛先) 大隈病院 地域連携科 F A X 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

 現在使用中のチューブと同じ種類へ変更希望

 現在使用中のチューブと別の種類へ変更希望

・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) 個別発注する為、2週間前までの依頼必須

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、交換できない場合も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 地域連携科●

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)