

交換依頼用

依頼日 年 月 日

《 PEG交換依頼書兼返信書・診療情報提供書 》

依頼先へファックス送信してください。

【依頼先】

依頼先医療機関等名	科
-----------	---

【依頼元】

依頼元医療機関の所在地及び名称
電話番号
FAX

【患者に関する情報(依頼元が記入)】

フリガナ	性別・年齢 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	歳
患者氏名	生年月日	年 月 日
所在 自宅・入所先名()	診断名	
造設日 年 月 日	今回交換(初回・2回目以降:前回交換日 年 月)	
感染症 (<input type="checkbox"/> 不明、 <input type="checkbox"/> あり→該当に○ HBsAg・HCV・MRSA・TPHA <input type="checkbox"/> なし)		
抗凝固血小板 薬剤名:() 休薬の可否:(可能・不可能)		
DM(あり・なし) 心疾患(あり・なし) 緑内障(あり・なし) BPH(あり・なし)		
交換希望日 平成 年 月 日～平成 年 月 日 希望曜日(月・火・水・木・金)		
希望日のコメント		
交換時の希望等		

【現在の状況(依頼元が記入)】

<input type="checkbox"/> 特に問題なし	使用栄養剤	投与量(パック)
<input type="checkbox"/> 問題あり	朝() ()	パック
<input type="checkbox"/> 栄養剤や胃液等が漏れる	昼() ()	パック
<input type="checkbox"/> カテーテルが短い <input type="checkbox"/> カテーテルが長い	夕() ()	パック
<input type="checkbox"/> 皮膚のただれ、不良肉芽等	眠前() ()	パック
その他()	一日の、さ湯投与量 ()ml	

【使用中のPEG情報】

メーカー名・製品名	太さ×長さ	Fr×	cm
カタログ番号(REF)	<input type="checkbox"/> チューブ型	<input type="checkbox"/> ボタン型	
	<input type="checkbox"/> バンパー	<input type="checkbox"/> バルーン(蒸留水	ml)

【紹介先での実施内容(依頼先が記入して依頼元へ返信する)】

[交換予定日] 平成 年 月 日
[交換確認方法] <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> レントゲン透視 <input type="checkbox"/> その他()
注意:内視鏡で交換確認する場合は、同意書への署名が必要になります。
抗凝固薬 休薬の要否: <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
抗凝固薬 薬剤名:() 休薬の日:(月 日から休薬)
[事前来院] <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要(年 月 日に来院)
[伝達事項]

交換後の報告用紙

報告日 年 月 日

《 PEG交換報告書 診療情報提供書 》

【胃ろう交換紹介元(依頼元)】

医療機関等名

氏名 殿

依頼先医療機関名

担当科: 科、 氏名:

【患者情報】

氏名 男性 女性 生年月日 年 月 日

【実施日】

下記の通り、平成 年 月 日 に胃瘻カテーテル交換を行いました。

【交換したカテーテル】 シール添付でも可です

メーカー名・製品名 太さ×長さ (Fr × cm)

チューブ ボタン / バンパー式 バルーン式(蒸留水 ml) に交換いたしました。

★バルーン式は、適宜バルーン内の蒸留水の入れ替えが必要となります。(メーカー推奨は1週間に1度)

【交換確認方法】

内視鏡 レントゲン透視 その他 ()

【服薬中止、抗凝固・血小板薬】

有り 無し (変更内容:)

抗凝固薬は(翌日 ・ 翌々日)より再開してください。

【次回交換日】

(年 月 頃)

【その他 報告事項】

記入年月日 年 月 日

《診療スケジュール表(患者様用)》

この用紙は、胃瘻管理についてのスケジュール表です。かかりつけ医師の指示に従って、定期的を受診してください。

お名前	様	かかりつけ医院名	医院
胃瘻造設した施設名	病院	担当科	

【かかりつけ医院記入欄】シール添付でも可です

現在の胃瘻は、 バンパー バルーン / ボタン チューブ です。

製品名: / 太さ: Fr / 長さ: cm / バルーン容量: ml

目標	・良好な胃瘻管理 ・胃瘻カテーテル事故抜去防止 ・良好な栄養状態の維持												
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
チェック	1ヶ月		6ヶ月		12ヶ月		18ヶ月		24ヶ月		30ヶ月		
	1ヶ月後の受診はバルーン型のみ												
その他	<p>事故抜去時は吸引カテーテル(バルーンカテ)挿入し翌日交換病院に連絡・受診。抜去ボタンも持参を。</p> <p>胃瘻トラブルの際は、上都賀総合病院ホームページの胃瘻トラブルQ&Aを参考に一次対応をしてください。</p> <p>例:カテーテルが詰まる、注入栄養剤が漏れる、胃瘻周囲の皮膚トラブル(発赤・潰瘍・肉芽)、嘔吐、下痢など</p> <p>胃瘻トラブルQ&Aによる一次対応で対応できない場合は、胃瘻作成病院に連絡してください。</p> <p>* 定期的な胃瘻カテーテル交換が必要です(バンパー型:約6ヶ月毎、バルーン型:約1~2ヶ月毎が目安)。</p>												
メモ欄									使用栄養剤	投与量(パック)			
									朝() ()	パック			
									昼() ()	パック			
									夕() ()	パック			
									眠前() ()	パック			
									一日のさゆの投与量()ml				