

電話受

月

日

:

担当者

## 胃瘻交換申込書 兼 診療情報提供書(FAX 用)

令和 年 月 日

紹介元機関

所在地

太枠の中をご記入の上  
FAXして下さい。

TEL / FAX

医師氏名

フリガナ 患者氏名				男・女	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生( 歳)	
住 所	〒 -			TEL ( ) -	
神戸朝日病院での 胃瘻交換歴	有 ・ 無 ・ 不明				
※胃瘻交換歴を 「無」「不明」に記 入された方	<p>【使用中のカテーテル】 胃瘻の種類 製品名：( )</p> <p><input type="checkbox"/>バルーン型                      <input type="checkbox"/>チューブ <input type="checkbox"/>バンパー型                      <input type="checkbox"/>ボタン</p> <p>サイズ ( Fr cm)</p>				
患者情報（臨床経過、現在の処方内容※、等）※お薬手帳のコピーでも可能です					
<p>検査希望日</p> <p>第1希望 月 日 ( ) 第2希望 月 日 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 希望日なし      <input type="checkbox"/> ご都合の悪い日 ( )</p> <p>※予約は(月)～(土)13時30分からとなります。 上記以外の時間をご希望の方はご相談下さい。</p>					
主保険	保険者番号		記号・番号		本人
併用保険	負担者番号		受診者番号		種別
					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無