

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 受診歴	有	無	不明	
使用中の カテーテル	胃瘻の種類 製品名: <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 サイズ(          Fr          cm)			
【患者情報記入欄】				
現病歴: <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> その他 喘息: ( 有 ・ 無 )				
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				
検査希望日 第1希望 月 日( ) 第2希望 月 日( ) <input type="checkbox"/> 希望日なし <input type="checkbox"/> ご都合の悪い日 (                      ) ※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。				
主保険	保険者番号		記号・番号	
併用保険	負担者番号		受診者番号	
				種別
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無