

胃瘻造設・胃瘻ボタン交換 予約用

総合病院岡山協立病院 地域医療連携センター 宛 申込日： 年 月 日
地域連携室直通 FAX：0120-271-287
(TEL：086-271-0917)

ご紹介患者様 予約申込書

受付時間：月～金曜日 8：30～18：30

※上記時間帯以外は翌日受付となります。

※受診日当日のご予約は各科へお問い合わせください。

※時間外のお問い合わせは代表番号へ直接ご連絡ください。

(代表番号：086-272-2121)

貴施設名：

住所：

TEL：

FAX：

予約希望日 ※診療情報提供書（紹介状）は予約申込書とともに、事前にFAX送信をお願いします。

第1希望： 月 日 第2希望： 月 日 第3希望： 月 日

主訴または傷病名（紹介状同時FAX送信の際は、記載不要）

項目選択

胃瘻ボタン交換

全項目必須

①-1 当院にて説明と同意取得後、後日の交換を希望

※交換は面談の約1週間後となります。

※予約希望日には、面談希望日を記載ください。

①-2 説明と同意取得後、同日の交換を希望

※毎週月曜日・木曜日・金曜日に実施しております。

②ワーファリン服薬 あり ・ なし

③鎮痙剤使用 可能 ・ 不可 ※疾患名（ ）

胃瘻造設

全項目必須

入院日を調整し、後日担当よりご連絡いたします。

①抗血栓剤服薬 あり ・ なし

※薬品名（ ） 休薬：（可能 ・ 不可）

②鎮痙剤使用 可能 ・ 不可

③鎮痙剤使用 可能 ・ 不可 ※疾患名（ ）

【患者様情報】

ふりがな		男・女		
氏名		※旧姓	住所	
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日		電話番号	
ADL(移動)	独歩・杖歩行・車椅子・ストレッチャー	現在の状況	入院中	通院中

※予約票と診療情報提供書をFAXにて受信後、折り返し地域連携室より「予約票」をFAX送信いたします。

ご予約に関し調整のため、お時間をいただくこともございます。調整が必要となった際は、事前にお電話をさせていただきます。