

# 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

## ご紹介患者様 予約申込書

**地域連携室直通 FAX: 0120-271-287**

(TEL: 086-271-0917)

受付時間：月～金曜日 8:30～18:30

土曜日 8:30～12:00

※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。

※緊急時や時間外で即日入院の必要な際は、代表番号へ直接ご連絡をください。(代表番号: 086-272-2121)

貴施設名：

住所：

TEL：

FAX：

御担当者名：

### 予約希望日

希望日

第1希望日： 月 日( ) 第2希望日： 月 日( ) 第3希望日： 月 日( )

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

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  面談後、別日の交換を希望

※交換は面談の約1週間後となります。

※予約希望日へは、面談希望日を記載ください。交換日は別日となります。

①-2  面談と交換を同日で希望

※実施日は毎週月曜日・木曜日・金曜日に実施しております。

※予約希望日へは、交換希望日を記載ください。面談・交換同日です。

②抗血栓剤服薬 あり・なし

→ ※薬品名( )

→ ※休薬 可能・不可

③鎮痙剤使用 可能・不可

→ ※疾患名( )

胃瘻造設

全項目必須

①  入院日は後日調整し、ご連絡いたします。

→ ※予約希望日は、記入不要です。

② 抗血栓剤服薬 あり・なし

→ ※薬品名( )

→ ※休薬 可能・不可

④ 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。