

胃ろう交換申込書

患者氏名	生年月日
住 所	施設電話番号
施設名称	施設FAX番号
担当者名	

申込日		胃ろうに関する情報 ※必ずご記入ください
使用胃ろう商品名		
サイズ（太さ / シヤト長）	Fr	/ cm
服薬中のお薬	薬剤情報書の添付をお願いいたします	
身長 / 体重	/	
普段の血圧	/	
日程のご都合など		
特記事項		

★患者記録カード（PEGカード）をお持ちの場合は、合わせてFAXでお送りください★

胃ろう交換予約票

患者氏名	様
予約日	令和 年 月 日
来院時間	時 分

当日のご案内

- ① 食事・水分は、来院時間の5時間前まででしたら胃ろうからの注入が可能です。
 - ② 当日のお薬は、来院時間の5時間前までに服用（胃ろうから注入）してください。
ただし、服薬中止の指示があるお薬は服用しないでください。
 - ③ 来院されましたら、総合受付にお声掛けください。ご案内いたします。
- ※ ご都合により来院できなくなった場合は下記までご連絡ください。

イムス太田中央総合病院 地域医療連携室
〒373-8513 群馬県太田市東今泉町875-1
TEL 0276-37-2378 （代表）
FAX 0276-37-2802 （直通）

担当者