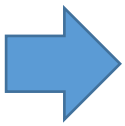
紹介患者受診申込書　兼　診療情報提供書　（胃瘻交換）

紹　介　日	年　月　日
医療機関名	
紹介医師名	
（ご担当者名）	
住所	
TEL	
FAX	



済衆館病院
患者支援センター
FAX：0568－21－0837
TEL：0568－21－1732

平日　：　9:00～16:30
土曜　：　9:00～12:30

＊FAXでのご依頼は24時間受付けていますが、時間外・休診日については返信が翌平日午前中となりますのでご了承ください。

フリガナ		年齢	生年月日	大・昭・平・令	性別
患者氏名		歳		年　月　日	男　・　女
住所 TEL	TEL （　　）　　－				
当院受診歴	なし　あり（　　）科		当院ID		

依頼内容	胃瘻交換（前回交換日：　　年　　月　　日） タイプ変更希望　有　　無
商品名・サイズ	商品名：　　バンパー・ボタン・バルーン・チューブ サイズ：　　Fr　　挿入の長さ：　　cm ＊当院で初めて交換を依頼する際は、患者情報カードを添付してください。

予約希望日 ＊　胃瘻交換は月曜日のみとなります	第一希望	年　月　日（　）
	第二希望	年　月　日（　）
	希望なし	
	その他	

移動形態	リクライニング車椅子(フラットになるタイプ)・その他（ ＊リクライニング車椅子以外の方は12:45総合受付後、外来受付にご来院ください
心疾患	あり　・　なし　・　不明
緑内障	あり　・　なし　・　不明
糖尿病治療	あり　・　なし　・　不明
キシロカインアレルギー	あり　・　なし　・　不明
感染症	あり　・　なし　・　不明
ペースメーカー	あり　・　なし　・　不明
前立腺肥大	あり　・　なし　・　不明
抗血栓薬服用	あり（　　）　・　なし
特記事項	当日の付き添い　：　ご家族　・　施設職員 □　診療情報提供書　あり

時間外・休診日の緊急時は　0568－21－0811（代表）　へお電話ください。

当院記入欄
（処置室）

施行日　：　　年　　月　　日（　　）

改訂　2026/5/16