

# 胃瘻交換 依頼時 チェックリスト

太枠の中をご記入ください。

ID :

当院主治医 :

名前 :

(紹介元:)

【現在入っている胃瘻名】

メーカー/商品名 :

タイプ :

	バルン/バンパー	
--	----------	--

サイズ :

	Fr		cm
--	----	--	----

固定水 :

		CC
--	--	----

最終交換日 :

	年	/		月/日
--	---	---	--	-----

特記事項 :

皮膚トラブル  
体重増加など

【事前チェック項目】

既往症	緑内障	
	前立腺肥大	
	不整脈	
	高血圧	
	抗血栓薬	

※抗血栓薬を2剤以上内服中の場合は事前に中止が必要となる事があります。

薬物アレルギー

--

薬剤名 :

※造影剤・キシロカイン・その他の薬剤など

特記事項 (検査中に影響する情報)

※胃瘻交換を内視鏡下で行う場合、内視鏡検査について同意書に署名が必要です。  
署名が可能な方と一緒にご来院ください。

※当日は薬・食事の注入はしないでください。

※バンパータイプの方は必ず抜去具とガイドワイヤーを持参してください。

広島市医師会運営・安芸市民病院

TEL : 082-827-0123 (直) FAX:082-827-0548 (直)

【当院記入欄】

メーカー/商品名 :

タイプ : (ボタン or チューブ) (バルン or バンパー) (その他 )

サイズ : Fr cm

発注日 / 発注者 :