

# 胃瘻交換 依頼時 チェックリスト

恐れ入りますが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： (ボタン or チューブ) (バルン or バンパー) (その他： _____)	
サイズ： _____ Fr _____ cm (固定水 _____ cc)	
最終交換日：	
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 (有： _____ / なし)
	前立腺肥大 (有： _____ / なし)
	不整脈・狭心症・ペースメーカー (有： _____ / なし)
	糖尿病 (有： _____ / なし)
	高血圧 (有： _____ / なし)
	抗血栓薬 (有： _____ / なし) ※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 (有： _____ / なし) ※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： _____	