

内視鏡的胃ろう造設術
専用問診票 兼 入院連絡票

令和 年 月 日

社会医療法人緑泉会 米盛病院
連携広報室地域連携相談室宛
FAX 099-230-0125
TEL 099-230-0100

医療機関名
電話番号
FAX

患者様氏名	様				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	() 歳
専用問診票					
既往歴	胃切除歴	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有
	腹部手術歴	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有
	手術名 ()				
	横隔膜ヘルニア	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有
	癌性腹膜炎	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有
	大量の腹水貯留	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有
	著明な肝腫大	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有
	高度の便秘	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有
	高度の貧血	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有
	出血傾向	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有
	心疾患	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有
	緑内障	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有
	前立腺肥大	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有
入院希望日 (月曜日のみ)	①令和 年 月 日 月曜日				
	②令和 年 月 日 月曜日				
	<input type="checkbox"/> 特に希望日時なし				
アレルギー	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有 ()	
抗凝固剤の使用	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有 ()	
希望のカテーテル	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有 ※ 有りの場合は希望のカテーテルをご記入ください ()	
入院連絡票 ※太線内は米盛病院が記入後、貴院へFAXいたします					
胃ろう造設の可否	可		不可		
入院予定日	年 月 日	時着	米盛病院正面玄関へお越しください		
退院予定日	年 月 日	頃予定			
抗凝固剤の休薬	<input type="checkbox"/>	なし			
	<input type="checkbox"/>	薬剤名 ()	から休薬をお願いします		
	<input type="checkbox"/>	薬剤名 ()	から休薬をお願いします		
抗血小板薬の置換	<input type="checkbox"/>	クロピドグレルをシロスタゾール (100) 2T2×へ置換してください			
入院当日の食事	<input type="checkbox"/>	入院当日の朝食 (注入食) 内服は可です。昼食から欠食となります。			
外来での検査依頼	<input type="checkbox"/>	一度外来での検査をお願いします		月 日 予約	

※患者様の発熱や体調不良等生じた場合はご連絡ください。

※ ご家族へ下記ご説明をお願いいたします

①感染予防対策について

- ・お付き添いは2名までです。マスク着用でご来院ください。
- ・1週間以内に発熱や風邪症状等のあった場合は事前にご連絡ください。
- ・面会制限を実施しているため入院後は患者さまとの面会はできません。
リモート面会は可能ですのでご希望時はお声かけください。

②当日は検査や説明等があります。時間に余裕をもってお越しください。

ご協力の程よろしく願いいたします。