

PEG(経皮内視鏡的胃瘻造設術) 管理・連絡表 登録番号 ()
当院造設 他院造設 ()
 氏名 ()様 男 女
 生年月日 (年 月 日)
 手術日 (年 月 日)
 主治医 ()
 処置担当医 ()
 術式とタイプ Pull法 バンパータイプ 20Fr チューブ型固定 ()cm
Push法 バルーンタイプ 24Fr ボタン型 ()cm
Introducer法 Fr
 メーカー () ()

胃瘻カテーテル交換履歴 登録番号 ()
 予定日はおおよその目安で示しています

初回交換	予定日	交換日	タイプ	サイズ	観察	サイン
<input type="checkbox"/> 術後1ヶ月 <input type="checkbox"/> 術後4ヶ月 <input type="checkbox"/> 術後6ヶ月	/	/	<input type="checkbox"/> バルーンタイプ 活水 ()cc <input type="checkbox"/> バンパータイプ <input type="checkbox"/> チューブ <input type="checkbox"/> ボタン	Fr cm	OKスケール A:傾き 時 a:長軸 mm b:垂直 mm <input type="checkbox"/> 画像スケール (O I II III IV)	

OKスケール A(カテーテルの傾き), a(カテーテルの長軸方向の発赤の長さ:mm)
 b(カテーテルの垂直方向の発赤の長さ:mm)
 頭(0時)、足(6時)左わき腹(3時)、右わき腹(9時)にして表記

基礎疾患 肺炎 神経筋疾患(パーキンソン病 多発性筋炎)
脳血管障害 認知症 その他

栄養状態・手段の変化	造設(前)時の栄養状態(年 月 日現在)	退院時の栄養状態(年 月 日現在)	定期交換	予定日	交換日	タイプ	サイズ	観察	サイン
	* 他院造設者は入院直後 <input type="checkbox"/> 身長 ()cm <input type="checkbox"/> 体重 ()kg <input type="checkbox"/> BMI () <input type="checkbox"/> 血清アルブミン () <input type="checkbox"/> 総コレステロール () 造設時(前)の栄養の手段 * 他院造設者は入院直後 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 静脈栄養(PPN TPN) <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻栄養 <input type="checkbox"/> 絶食	<input type="checkbox"/> 体重 ()kg <input type="checkbox"/> BMI () <input type="checkbox"/> 血清アルブミン () <input type="checkbox"/> 総コレステロール () 退院時の栄養 <input type="checkbox"/> 完全胃瘻栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻栄養+経口 <input type="checkbox"/> 胃瘻栄養+経口(楽しみ程度) <input type="checkbox"/> 完全経口(水分と内服注入を除く) 栄養剤の名称 () () kcal 回/日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 水分 <input type="checkbox"/> ml <input type="checkbox"/> 流動 <input type="checkbox"/> 半固形	<input type="checkbox"/> 1ヶ月 <input type="checkbox"/> 4ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月	/	/	<input type="checkbox"/> バルーンタイプ 活水 ()cc <input type="checkbox"/> バンパータイプ <input type="checkbox"/> チューブ <input type="checkbox"/> ボタン	Fr cm	OKスケール A:傾き 時 a:長軸 mm b:垂直 mm <input type="checkbox"/> 画像スケール (O I II III IV)	
退院予定日 退院先	(年 月 日) <input type="checkbox"/> 自宅 住所 () TEL () <input type="checkbox"/> 施設 () <input type="checkbox"/> 他院 ()	ご家族・間柄 () 下記のどちらかを必ず記入 <input type="checkbox"/> 当院通院 <input type="checkbox"/> 他院管理		/	/	<input type="checkbox"/> バルーンタイプ 活水 ()cc <input type="checkbox"/> バンパータイプ <input type="checkbox"/> チューブ <input type="checkbox"/> ボタン	Fr cm	OKスケール A:傾き 時 a:長軸 mm b:垂直 mm <input type="checkbox"/> 画像スケール (O I II III IV)	
退院時指導	<input type="checkbox"/> 栄養や内服の注入方法 <input type="checkbox"/> カテーテルフラッシュ <input type="checkbox"/> 脱気 <input type="checkbox"/> 胃瘻カテーテルの管理方法 <input type="checkbox"/> 物品の洗浄と保管 <input type="checkbox"/> 酢水固定 <input type="checkbox"/> スキンケア <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> トラブル時の対処方法(テキスト) <input type="checkbox"/> トラブル時などの相談窓口の案内	<input type="checkbox"/> 退院時には太枠内を記入のこと <input type="checkbox"/> 退院決定時に内視鏡室に連絡する		/	/	<input type="checkbox"/> バルーンタイプ 活水 ()cc <input type="checkbox"/> バンパータイプ <input type="checkbox"/> チューブ <input type="checkbox"/> ボタン	Fr cm	OKスケール A:傾き 時 a:長軸 mm b:垂直 mm <input type="checkbox"/> 画像スケール (O I II III IV)	
観察項目	<input type="checkbox"/> 瘻孔と周囲の状態 <input type="checkbox"/> 下痢や便秘の有無 <input type="checkbox"/> カテーテルトラブルの有無 <input type="checkbox"/> 体重の変化 <input type="checkbox"/> 口腔の状態 <input type="checkbox"/> 血液データ <input type="checkbox"/> 嚥下の状態 <input type="checkbox"/> バイタルサイン			/	/	<input type="checkbox"/> バルーンタイプ 活水 ()cc <input type="checkbox"/> バンパータイプ <input type="checkbox"/> チューブ <input type="checkbox"/> ボタン	Fr cm	OKスケール A:傾き 時 a:長軸 mm b:垂直 mm <input type="checkbox"/> 画像スケール (O I II III IV)	

胃瘻カテーテル交換のお申し込みには、当院のPEG交換予約申込書が必要です。
 PEG交換予約申請書は当院のホームページhttp://www.oita-min.or.jpからも印刷が可能です。
 次回交換の際は、必要事項をご記入の上、FAXでお申し込みください。
 交換日時の指定はできません。余裕を持ってお申し込みください。
 また胃瘻のトラブルについての指針(OKスケールと画像スケール)も
 ホームページからご覧いただけます。

TEL/FAX 097-558-5195 大分健生病院内視鏡室/PEGセンター(直通)
 TEL 097-558-5140 大分健生病院代表