

**PEG交換・摂食嚥下評価外来予約申込書(診療情報提供書)**  
**内視鏡FAX番号 097-558-5195**

大分健生病院PEGセンター(内視鏡室)

下記にご記入の上FAXにてお問い合わせください。

平成 年 月 日

コース	<input type="checkbox"/> PEG交換(外来)(10時来院) <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下評価外来 (火曜日 14時来院)	保険情報(保険情報は保険のコピーでも結構です) 当院に受診歴がある場合は、ご記入いただかなくて結構です			
希望日	平成 年 月 日以降 ( )曜日を除く	保険番号			
大分健生病院受診歴	有・無	記号番号			
フリガナ	男・女	被保険者 との続柄	本人・家族	負担割合 0・1・2・3割	
検査者氏名		公費負担番号			
生年月日	大・昭・平 年 月 日	受給者番号			
住所	〒 -	公費負担番号			
紹介元医療機関名		受給者番号			
所在地		電話(自宅)	-	-	
TEL		(携帯番号)	-	-	
FAX番号		(FAX)	-	-	
担当( <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> スタッフ)氏名		PEG交換・嚥下造影ともに必ずご記入ください			
現病歴 治療経過 栄養の種類 内服状況など	身長( )cm 体重( )kg 1カ月の体重増減(有 無)				
交換の場合ご記入ください					
現在の使用キット	<input type="checkbox"/> 造設キット、他院で造設の場合は、メーカー名( ) <input type="checkbox"/> ( ) 型( )タイプ <input type="checkbox"/> 最終交換日(造設日) 年 月 日				
交換希望キット	<input type="checkbox"/> 現状と同じタイプ (メーカーは異なる場合があります) <input type="checkbox"/> バルーン型ボタンタイプ (約1ヶ月毎の交換) <input type="checkbox"/> バルーン型チューブタイプ (約1ヶ月毎の交換) <input type="checkbox"/> バンパー型ボタンタイプ (約4ヶ月毎の交換) <input type="checkbox"/> バンパー型チューブタイプ (約4ヶ月毎の交換)				
* 記載がない場合は、現状と同じタイプに交換させていただきます。					