

## 胃ろう交換予約票

## 依頼元の情報

施設名			
TEL		FAX	
担当者			

## 患者様情報

ID					
フリガナ		男・女	生年 月日	M T S H	年 月 日 ( ) 歳
患者氏名					
PEG カード 情報	<p>現在留置されている胃瘻の種類の方に ✓ をお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/> 経皮腹壁的PEGキット (クリニー)</p> <p><input type="checkbox"/> エンドビブボタン <u>20 Fr</u></p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p>				
希望交換日	第1希望日	年	月	日 ( )	時 分
	第2希望日	年	月	日 ( )	時 分
備考					

## 手順と注意事項

1. 胃ろう交換予約票を地域医療支援課へFAXにて申し込み下さい。
2. 交換日時が決まり次第、胃ろう交換予約通知書をFAXにて返信いたします。

上天草総合病院 超音波内視鏡センター

予約申し込みはFAXにて受け付けます。

地域医療支援課

FAX : 0969-62-1547