

PEG（交換・造設）前情報用紙

※必要事項を記載の上、メールまたはFAXをお願いします

依頼元施設名称：

電話番号・FAX：

記入者氏名：

患者氏名：

性別： 男 ・ 女

生年月日：西暦 年 月 日（ 歳）

体重： kg

【コミュニケーション、行動について】

意思疎通： 可能 ・ 不可能 ・ その他（意識レベルなど： ）

危険行動： なし ・ あり

【バイタルサインについて】

血圧： 脈拍： Spo2： %（酸素： ）

痰の量： 少ない ・ 多い（吸引の頻度： ）

【医療処置について】

気管切開： なし ・ あり

ペースメーカー： なし ・ あり

透析シャント： なし ・ あり（シャント部位： ）

【抗凝固薬について】

抗凝固薬の内服： なし ・ あり（薬剤名： 休薬期間： ）

PEG 交換依頼の方

【現在留置中の PEG カテーテルについて】

カテーテル名： サイズ： Fr cm

【PEG トラブルについて】

皮膚障害： なし ・ あり（具体的な症状： ）

【その他気になること】

（ ）

PEG 造設依頼の方

【造設後の PEG 管理について】

管理をされる人： 本人または家族 ・ 看護師 ・ 施設のスタッフ

【今後、PEG 交換は貴院でされる場合、取り扱っているデバイス名を記入してください】

（ ）

不明な点やお問い合わせがありましたらこちらまでお願いいたします
 友仁山崎病院 地域連携室担当 TEL：(0749)23-2600 FAX：(0749)23-2600

PEG（交換・**造設**）前情報用紙【記入例】

※必要事項を記載の上、メールまたはFAXをお願いします

依頼元施設名称：〇〇〇〇苑

電話番号・FAX：〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

記入者氏名：〇川 〇子

患者氏名：滋賀 太郎

性別：**男**・女

生年月日：西暦 年 月 日（ 歳） 体重： kg

【コミュニケーション、行動について】

意思疎通： 可能・**不可能**・その他（意識レベルなど： ）危険行動： なし・**あり**

【バイタルサインについて】

血圧：108/56 脈拍：75 回/分 Spo2： 98%（酸素：O2 3ℓ カニューラ）

痰の量： 少ない・**多い**（吸引の頻度：2 時間ごと）

【医療処置について】

気管切開：**なし**・あり ペースメーカー：**なし**・あり透析シャント： なし・**あり**（シャント部位：右上肢）

【抗凝固薬について】

抗凝固薬の内服： なし・**あり**（薬剤名：クロピトグレル 休薬期間：〇月〇日～）

PEG 交換依頼の方

【現在留置中の PEG カテーテルについて】

カテーテル名： サイズ： Fr cm

【PEG トラブルについて】

皮膚障害： なし・あり（具体的な症状： ）

【その他気になること】

（ ）

PEG 造設依頼の方

【造設後の PEG 管理について】

管理をされる人： 本人または家族・**看護師**・施設のスタッフ

【PEG 交換は貴院でされる場合、取り扱っているデバイス名を記入してください】

（**エンドビブボタン**）

不明な点やお問い合わせがありましたらこちらまでお願いいたします
 友仁山崎病院 地域連携室担当 TEL：(0749)23-2600 FAX：(0749)23-2600