



横須賀市立総合医療センター  
胃瘻交換専用診療情報提供書  
兼 予約申込書

(病院処理欄) 受付日:

病院 ID :

予約日時:

予約項目: 胃瘻交換

申込医療機関名 (※スタンプでも結構です。申込医氏名・TEL・FAX 番号は必ずご記入ください。)

TEL・FAX

医師氏名

フリガナ  
患者氏名

(男・女)

生年月日(西暦・大・昭・平・令) 年 月 日生 歳 連絡先①

患者住所 連絡先②

胃瘻交換希望日(予約枠は月～金 10:30です)

第1希望 令和 年 月 日

※3-4週先の日程を記入してください。

第2希望 令和 年 月 日

第3希望 令和 年 月 日

現在胃瘻の種類をお選びください(太さ・長さもご記入ください)

造設日または前回の交換日 (西暦・令) 年 月

( ) 【イディアルボタン zero】(メーカー:オリンパス) 太さ × 長さ ( Fr × cm)

( ) 【エンドビブ PEGキット・チューブ型】(メーカー:ボストン・サイエンティフィックジャパン) 太さ ( Fr )

( ) 【その他】 ( )

胃瘻の状態

トラブル(無・有) 有の場合は具体的にお願いします。

コメント欄

この用紙は申込書と診療情報提供書を兼ねています。

本用紙を予約時にFAXしてください。原本は検査当日にご持参ください。

地域医療連携室直通 FAX 046-845-5081 (24時間受信可能)

FAX送信後、内視鏡センターから連絡先に電話が入るのをお待ちください。

(受付時間外にいただいたFAXについては翌外来日以降の返答となります)

【ご注意ください】

当院で胃瘻を造設された患者さんが対象となります。他院で胃瘻造設された場合はその医療機関にご相談ください。

横須賀市立総合医療センター ナビダイヤル(代表) 0570-032630

受付時間:平日 8時30分～17時 土曜 8時30分～12時30分

休診 土曜日の午後、日曜日、祝日