

胃瘻造設および交換申込書・内視鏡検査前チェックリスト

野村海浜病院 地域連携用 2015.4月

患者氏名	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 歳
胃瘻の種類	<input type="checkbox"/> 造設 <input type="checkbox"/> 交換（種類 ）
前回交換日	H 年 月 日

※下記の欄は、入院される方のみご記入下さい。

身長 (cm)								体重 (kg)			
注入食の種類											
注入量(ml)	朝		昼		夕		間				
水分の種類	白湯 ・ とろみ水 ・ その他 ()										
水分量 (ml)	朝		昼		夕		間				
褥創の有無	あり (部位) なし										
※退院時に栄養管理情報提供書 (栄養評価及び提案書) はご入り用ですか?											
いる ・ いない											
注!! 注入食の内容に予約後変更ある場合は、入院前日の15時までに地域連携まで必ずご連絡下さい。											

※検査を安全におこなうために、下記の内容にお答えください。

1. 検査で確認が必要なご病気、お薬について

- ①緑内障 なし あり
 ②心臓疾患 なし あり
 (狭心症、心筋梗塞、弁膜症、不整脈)
 ③抗不整脈 なし あり
 ④抗血栓薬 なし あり
 (バイアスピリン、アスピリン、バファリン)
 (エパデール、アンプラグ、プロサイリン)
 (プレタル、ドルナー、★ワーファリン)
 (☆パナルジン、☆プラビックス)
 (◎オパルモン、*ケタス)
 (その他)
 (指示にて中止不可 /より中止)
 ★☆置換要の場合有、◎閉塞性血栓 *脳梗塞治療剤

- ⑤ペースメーカー なし あり ()
 ⑥前立腺肥大 なし あり ()
 ⑦甲状腺機能亢進症 なし あり ()
 ⑧高血圧 なし あり ()
 ○当日内服あり ○当日内服なし
 ⑨糖尿病 なし あり BS ()
 (内服、インスリン、低血糖経験あり)
 ⑩体内金属 なし あり ()
 ⑪アレルギー なし あり (下記参照)
 (薬 歯医者での麻酔 食物) ()

- ⑫手術歴 なし あり (下記参照)
胃全摘 胃切除術 胆嚢切除術
大腸切除術 () 虫垂切除
乳房切除術 (みぎ ひだり)
婦人科手術 (卵巣・子宮・帝切)
その他

2. 内服薬 (抗血栓・抗凝固薬以外)

3. 不安、要望など

4. 同意書 あり なし

5. その他

以上 記載日 (H 年 /)
 記載者名 ()