

患者ID																								
	かかりつけ医												交換病院											
	依頼日	2	0			年			月			日												
	最終交換日	2	0			年			月			日	交換日	2	0			年			月			日
	交換希望日	2	0			年			月			日	次回交換日	2	0			年			月			日
施設名																								
担当医																								
電話番号																								
使用機材																								
会社名																								
製品名																								
サイズ					Fr	×						cm					Fr	×					cm	
フリー	<input type="checkbox"/> 5mm未満 <input type="checkbox"/> 5mm <input type="checkbox"/> 10mm <input type="checkbox"/> 15mm <input type="checkbox"/> 15mm超												<input type="checkbox"/> 5mm未満 <input type="checkbox"/> 5mm <input type="checkbox"/> 10mm <input type="checkbox"/> 15mm <input type="checkbox"/> 15mm超											
詳細不明の時	<input type="checkbox"/> バルーンチューブ <input type="checkbox"/> バルーンボタン <input type="checkbox"/> バンパーチューブ <input type="checkbox"/> バンパーボタン												<input type="checkbox"/> バルーンチューブ <input type="checkbox"/> バルーンボタン <input type="checkbox"/> バンパーチューブ <input type="checkbox"/> バンパーボタン											
経管栄養・製品名																								
栄養(総Cal量)													カロリー／日											
抗凝固剤の有無	(有の場合バンパータイプ5日前に中止) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																							
血液検査	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> アルブミン値2.5以下)												<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> アルブミン値2.5以下)											
交換時の処置	肉芽処置 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												肉芽処置 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
	その他希望処置												その他実施処置											
交換時の合併症													<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 裂傷 <input type="checkbox"/> 誤挿入 <input type="checkbox"/> 急変 <input type="checkbox"/> その他											
胃ろう評価点数													点											
パリアンスコード	<input type="checkbox"/> 有 (   -   -   ) <input type="checkbox"/> 無												<input type="checkbox"/> 有 (   -   -   ) <input type="checkbox"/> 無											
診療情報提供書の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
署名	交換後に説明し、患者様(代理人)の署名を頂いてください。												交換後の説明を受け、理解しました。											
													2 0   年   月   日  ご署名 (続柄)											

## 【記載上の注意点】

- ・年号は西暦で記載します。
- ・施設名は、各箇所文字数範囲内表記とし、多いところは略式名称を記載します。
- ・次回交換日は大まかな日程記入でも可能。

Ver13