

年 月 日

胃瘻交換 予約申込

以下の項目についてご記入の上、FAXにて当院（231-5926）へ送信してください。

ご紹介元医療機関名等

1. 貴院機関名：
2. 診療科・医師：
3. 申し込み担当者名：
4. 電話番号：
5. FAX 番号：

☆患者名 _____ 性別（男・女） 生年月日 _____ 年 月 日

☆当院での胃瘻交換歴（有 ・ 無 ） _____

★交換希望日 第一希望 _____ 月 日 (金)

★交換希望日 第二希望 _____ 月 日 (金)

※予約時間は、消化器内科の診療の状況により、10時45分若しくは11時のいずれかになります。あらかじめ、ご了承ください。

☆備考欄

切り取り

胃瘻交換予約券

☆交換日時 _____ 月 _____ 日 (金) (AM 10:45・11:00) です。

☆来院時間 _____ (AM 10:30・10:45) 時間厳守でお願いします。

《注意事項》

- ・当日は、総合受付2番で手続き後、1階のIブロック受付へお越しください。
- ・当日の朝は、胃瘻よりの栄養や食事は中止してください。
- ・検査当日は、緊急処置等で検査時間の遅延や順番が前後する場合がございます。
- ・予約の変更や中止の際は、地域医療推進室へ速やかに御連絡下さい。
- ・交換当日は、記入済みの胃瘻交換同意書をご持参ください。

神戸労災病院 消化器内科 (R2.7.改定版)

(地域医療推進室 FAX 078-231-5926 TEL 078-231-5925)