

R 年 月 日

胃瘻交換 予約申し込み

下記ご記入のうえ、神戸労災病院地域医療推進室 FAX (078-231-5926) へご送信下さい。

ご紹介元医療機関名：
診療科・医師名：
申し込み担当者名：
電話番号：
FAX 番号：

☆ 患者名： _____ 性別： 男・女 生年月日： _____ 年 月 日

☆ 最終交換日： _____ 年 月 日 (当院・他院)

☆ 交換希望日： 第一希望 _____ 月 _____ 日 (金) AM 11:00

第二希望 _____ 月 _____ 日 (金) AM 11:00

☆ 胃瘻種類： _____ サイズ： _____ Fr _____ cm

☆ 備考欄：

----- ✂切り取り線 -----

胃瘻交換予約券

☆ 交換日時： _____ 年 月 日 (金) AM 11:00

ご来院時間は 10時45分時間厳守 をお願いします。

<注意事項>

- ・当日は、総合受付2番窓口で手続き後、1階Iブロック受付へお越しください。
- ・当日朝は胃瘻からの注入や食事はとめておいてください。
- ・交換日当日は、緊急処置等で遅れや順番の前後が生じる場合があります。
- ・予約の変更や中止があれば、速やかに地域医療推進室へご連絡ください。
- ・交換当日は、胃瘻交換同意書にサイン記入のうえご持参ください。

神戸労災病院 消化器内科 令和5年改訂
地域医療推進室 ☎ 078-231-5925 FAX 078-231-5926