

# 胃ろうカテーテル交換予約申込書

金沢赤十字病院 地域医療連携課 あて  
 FAX 076-242-9827

貴医療機関名  
 ご住所  
 電話番号  
 FAX番号  
 貴医師名

〒921-8162 金沢市三馬2-251  
 TEL 076-242-9828

|   |             |                               |
|---|-------------|-------------------------------|
| フリガナ<br><br>患者氏名<br><br>当院の受診歴： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 | 男<br>・<br>女 | 明治・大正<br><br>昭和・平成 年 月 日生( 歳) |
| 患者住所  | 電話番号        |                               |

## 胃ろう情報

|   |  |
|---|--|
| 現カテーテルの種類：  | <input type="checkbox"/> チューブ型<br><input type="checkbox"/> ボタン型<br><input type="checkbox"/> その他(バルーン型) |
| 新カテーテルの要望： <input type="checkbox"/> チューブ型 <input type="checkbox"/> ボタン型 <input type="checkbox"/> 特になし |  |
| 前回の交換日： 年 月 日<br>(初回交換の場合)造設日： 年 月 日  | 交換(造設)施設 <input type="checkbox"/> 金沢赤十字病院<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                          |

## 確認事項

|  |
|--|
| 抗血小板剤、抗凝固剤の服用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬名： )                           |
| 患者本人の同意能力の有無： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                  |
| 来院できる家族又は後見人： <input type="checkbox"/> あり(関係： ) <input type="checkbox"/> なし                            |
| 当院までの来院方法： <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 施設の車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー |
| 移送手段： <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー                                    |

## 交換希望日時

\* 11:00までに来院できる日程をお聞かせください。

第1希望： 月 日  
 第2希望： 月 日  
 第3希望： 月 日

## 保険情報

【 保険情報は保険証や診療録のコピーでも結構です 】

|                       |       |  |                      |         |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-------|--|----------------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>証 | 保険名称  |  | 本人<br>家族             | 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 保険者番号 |  |                      |         |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 記号    |  |                      |         |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 番号    |  |                      |         |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 資格取得  |  |                      |         |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 有効期限  |  |                      |         |  |  |  |  |  |  |  |
|                       |       |  | 0割<br>1割<br>2割<br>3割 | 有効期限    |  |  |  |  |  |  |  |
|                       |       |  |                      | 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|                       |       |  |                      | 受給者番号   |  |  |  |  |  |  |  |
|                       |       |  |                      | 有効期限    |  |  |  |  |  |  |  |

【お願い】 この度は、患者様をご紹介いただき誠にありがとうございます。この申込書は患者様をお待たせしないように、事前にカルテ作成や予約を行うためのものです。お手数ですが、ご記入をお願いします。  
 なお、当院来院時には紹介状ならびに保険証を持参して下さいませよう、ご案内いただけると幸いです。