



胃瘦造設相談シート

ご担当者様	部署	
	氏名	

患者情報	フリガナ			身長
	氏名			
	ADL (移動)		FAST分類	

栄養	時期	食事内容、摂取量	体重
必要量を摂取出来ていた時期	年 月		Kg
摂取量が低下した時期	年 月		Kg
減少の経過	年 月		Kg
現在の状況	年 月		Kg

検査結果	Alb値		Hgb値		CRP	
	感染症 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無		

胃瘦について	希望者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 続柄 <input type="checkbox"/> その他
	目的 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 嚥下機能回復 <input type="checkbox"/> その他

退院先	造設できた場合		担当者
	造設できなかった場合	<input type="checkbox"/> 看取り	担当者
		<input type="checkbox"/> 延命	担当者

上記各項目について空欄が無いようご入力の上、診療情報提供書とともにご送付ください。
お受け入れの場合は当院で入院検査の上、造設の可否を判断致します。造設が可能な場合は入院を継続し、造設を実施させていただきます。

 岡山医療生活協同組合

総合病院 **岡山協立病院**

〒703-8511 岡山市中区赤坂本町8番10号

地域連携室 受付：平日 8:30～18:30

TEL: 086-271-0917 FAX: 0120-271-287 (086-271-1986)

FAX先： 0120-271-287(086-271-1986)