

# 胃ろう交換予約手順のご案内

## 検査・診察 お申し込み方法

- 胃ろう交換申込用紙のFAXをお願いします。  
FAX：097-503-6606  
[申込用紙PDFリンク](#)
- 地域・患者総合支援センターへ電話予約をして下さい。  
TEL：097-503-5033  
時間：月曜～金曜 8：00～17：00  
土曜 8：00～12：00
- 日程を決めます。休薬に関する確認や、胃ろうタイプの確認などをさせていただきます。

※抗血栓剤、血糖に関わる薬などがございましたら

休薬をお願いする場合がございます。

処方をおこなっている医師へ休薬が可能か、ご確認をお願い致します。

休薬が難しい場合は事前にお知らせ下さい。

## 受診日の流れ

- 予約日の前日 21 時から絶食し、当日は家族同伴の上、来院していただき、紹介状・保険証を1階総合受付にご提出下さい。

※休薬をお願いしたお薬以外のお薬は午前 6 時ごろに注入をお願いします。

詳しくは予約時に地域・患者総合支援センターよりご案内させていただきます。

- 診察後、処置室へご案内し胃ろう交換を致します。

<方法>

- 一回目の交換は、原則内視鏡を用いて胃ろうカテーテル交換を行います。
- 二回目以降の交換でも、必要な場合は内視鏡を用いる場合もあります。
- 二回目以降の交換は、医師の手技にて目視下で胃ろうカテーテル交換を行います。

交換後は、胃内の留置状況を確認するため、造影剤を用い、レントゲン撮影を行います。

※留置状態の確認の際に用いる造影剤の影響で一時的に下痢症状になる場合がございます。

## 胃瘻チューブ交換依頼書

年 月 日

紹介元医療機関：\_\_\_\_\_  
紹介元医師：\_\_\_\_\_  
入所施設名：\_\_\_\_\_

患者さん保険情報記入欄			
氏名			
生年月日	年	月	日 才
住所			
電話番号			
保険情報	保険区分	割合	1割・3割
	保険者番号	記号	番号
	公費負担		
依頼項目			
初回交換依頼	造設日	年	月 日
	<input type="checkbox"/> 大分病院にて <input type="checkbox"/> 他院にて ( )		
2回目以降の交換依頼	初回交換日	年	月 日 *わかる場合は、ご記入下さい。
	前回交換日	年	月 日
	<input type="checkbox"/> 大分病院にて <input type="checkbox"/> 他院にて ( )		
胃瘻の種類	現在の胃瘻種類	( F r e e m )	
	今回の交換は	<input type="checkbox"/> 前回と同じ <input type="checkbox"/> 違うタイプを希望 ( )	
	※当日の種類変更は対応できない事があります		
交換希望日	第一希望	月	日 ( )
	第二希望	月	日 ( )
現在の処方内容	服薬中の薬病名を記載するか薬類情報を添付してください。		
	抗血栓剤を服薬中の方は、休薬の必要があります。下記内容を主治医に確認の上、必ず記載をお願いいたします。抗血栓薬服用 (有・無) 有の場合薬剤名 ( ) 休薬 (可能・不可能) ( )		

胃瘻交換日時決定後、折り返しのご連絡をさせていただきます。連絡先と担当者名をご記載下さい。

連絡先 (電話番号) : \_\_\_\_\_ 担当者名 : \_\_\_\_\_

本用紙を大分西病院 医療福祉支援部(地域・患者総合支援センター)宛てまでFAXをお願いします。

\*胃瘻チューブ交換の日曜が決まりましたら、紹介状は事前にFAXをし、原本は受診日にご持参下さい。

FAX番号 (097) 503-6606