

PEG造設依頼票（滝川市立病院用）

依頼元	病院・施設	記入日	年	月	日	記入医師
患者氏名	様	明・大・昭・平・令	年	月	日	(歳)
病名						
既往歴						
腹部の手術歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名・手術方法)						
現病歴						
1週間以内の感染徴候の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状:)						
PEG造設時胃カメラを使用します。口が開くかどうか確認してください。						
1. 開く 2. 開かない						
内服						
抗凝固剤の内服 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (注：抗凝固剤の止め忘れがあった場合 PEG 造設が延期されることがあります。)						
コメント欄						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
PEG 造設が出来なかった場合の希望処置 (病状によっては希望に添えない場合もあります。)						
<input type="checkbox"/> 現状のまま退院 <input type="checkbox"/> CV カテーテル挿入 <input type="checkbox"/> CV ポート造設 <input type="checkbox"/> PTEG						
インフォームドコンセント						
PEGの必要性について本人の了解が得られている (了解・拒否・自己決定できない)						
PEGの必要性について家族の了解が得られている (了解・拒否・自己決定できない)						
(備考:)						

看護要約（滝川市立病院・P E G 依頼用）

依頼元 _____ 病院・施設 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入医師 _____

患者氏名	様	明・大・昭・平・令	年	月	日	(歳)
病名							
現住所				TEL			
連絡先① 氏名		関係		住所		TEL 携帯	
連絡先② 氏名		関係		住所		TEL 携帯	
感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位 _____) MRSA <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位 _____)							
アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)							
身長		cm	体重		kg		
患者様の状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
体交	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立						
サクション	<input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 1～2h 毎 <input type="checkbox"/> 3～4h 毎 <input type="checkbox"/> 1日に2回以下						
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(右・左・両側)						
褥創	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (状況: _____)						
特殊マットの使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)						
夜間睡眠状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや良好 <input type="checkbox"/> 夜間不穏 (状況 _____)						
認知度	<input type="checkbox"/> 問題ない <input type="checkbox"/> 物忘れがあるがおおよそ問題ない <input type="checkbox"/> 認知度が低い						
身体拘束	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時にして拘束 (_____ 時) <input type="checkbox"/> 常に拘束						
栄養状況	<input type="checkbox"/> 経口摂取可能 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 点滴注射 (複数回答可)						
コメント欄 (継続してほしいケアなどあればご記入ください。)							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							