

PEG交換予約をご希望の場合は、次項の用紙に必要事項をご記入いただき、地域医療室までFAX(0736-78-3373)して下さい。

予約日時は、折り返し『予約通知書』にてFAX返信させていただきます。
(お返事は、ご依頼日の翌日以降になりますがご了承下さい。)

別途、診療情報提供書が必要です。

※PEG増設の場合は、診療予約申込書でお願い致します。

予約受付時間 : 平日(月～水、金曜日)午前9時～午後7時迄
(木曜日のみ) 午前9時～午後5時迄

受付時間以降受信FAX: 翌日対応
(翌日が休みの場合は次の外来診療日対応)

PEG交換予約申込書

紹介元医療機関 _____ 医師名 _____ (印)

所在地 _____ TEL () _____ - _____

フリガナ _____ FAX () _____ - _____

患者氏名 _____ (男・女) 生年月日 _____
T・S・H・R 年 月 日生(歳)

患者住所(〒 _____) _____

患者TEL(_____) _____ - _____

予約希望日 _____ 月 _____ 日
ご都合の悪い日 _____ 月 _____ 日

1) お部屋の希望がございましたら、下記のいずれかに☑をお願いします。

大部屋 個室 特別室 (1日につき、個室 6,600円 特別室 16,500円 税込)

※ 入院日・お部屋については、可能なかぎりご希望に添うようにさせていただきますが、救急患者の受入れ等により、急な変更をお願いする場合がございます。ご迷惑をお掛け致しますが、予めご了承いただきますようお願い致します。

2) 感染症の有無についてお伺い致します。分かる範囲で結構です。

なし あり (種類 _____ 検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) 不明

3) 来院方法

介護タクシー 病院・施設の搬送車 ご家族の車

4) 服用中のお薬があればお教え下さい。

5) 注入食は持参されますか? はい いいえ

いいえ と答えられた場合は、注入食の種類をお教え下さい。

- 普通食 _____
- 半固形食 _____
- DM食 _____
- その他 _____

注入量 1回 _____ CC 注入回数 1日 _____ 回

備考) _____

※ 予約のお返事が、ご依頼日の翌日以降になる場合がございますがご了承下さい。
※ ご来院の際は、必ず紹介状をご持参下さい。

送信先: 公立那賀病院 地域医療室
FAX 0736-78-3373
TEL 0736-78-3892