

# PEG 造設（交換） 申込用紙 兼 診療情報提供書

1/2 枚目

申込先：土田病院 担当医 申込日： 年 月 日  
FAX 011-531-0833 電話 011-522-0833

申込施設名： \_\_\_\_\_ 連絡先：電話 \_\_\_\_\_  
担当医師名： \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

## ◎PEG コース 造設（交換）希望時期 月 日頃

いずれかに✓印をお願いいたします。また、交換時の機材の選択をお願いいたします。

PEG 造設（2泊3日）

PEG 造設（6泊7日）

造設機材は、原則バンパー型チューブタイプとさせていただきます。

ご希望のタイプがあればご記入下さい（ \_\_\_\_\_ ）

入院日数にご希望がある場合： 泊 日

貴院での投与薬剤を日数分持参してください。

PEG 交換（外来）

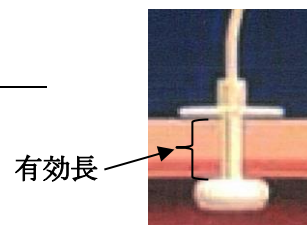
現在の機材：バルーン・バンパー 型 チューブ・ボタン タイプ（ Fr）  
（ボタンの場合は、有効長 cm）

商 品 名： \_\_\_\_\_

交換時の機材：バルーンチューブ

バルーンボタン（有効長 cm）

バンパーボタン（有効長 cm）



## ◎患者様の基礎データ

フリガナ

患者氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： 明・大・昭・平 年 月 日（ 歳） 男・女

基礎疾患：（できるだけ詳しくご記載願います） \_\_\_\_\_

現在の栄養方法：中心静脈栄養・末梢点滴・経鼻胃管・経口摂取・その他

経腸栄養が有の場合：栄養剤の種類（ \_\_\_\_\_ ）

カロリー： \_\_\_\_\_ Kcal/日

投与方法：液体・固形化

一回投与時間：時間（1日 回）・24時間持続

栄養以外の1日水分量： \_\_\_\_\_ ml

患者様氏名：\_\_\_\_\_

## ◎患者様の身体状況

認知症 無・有 軽度・中等度・高度 (長谷川式： 点)  
 問題行動 無・有 大声・徘徊・介護拒否・危険行為・昼夜逆転  
 その他 ( )  
 不穩 無・有 大部屋対応 ( 可・否 )  
 排泄介助 無・有 トイレ・ポータブルトイレ・オムツ・バルーンカテ  
 移動方法 自立・車椅子・ストレッチャー

## ・内視鏡施行時

開口 可・不可  
 鎮静剤 必要・不要  
 その他 ( )

## ・胸腹部手術の既往歴 無

有⇒ 手術内容：( )  
 時 期：( )  
 医療機関：( )

## ・医療処置： 無

有⇒ ・気切 (チューブの種類： \_\_\_\_\_ サイズ： \_\_\_\_\_ )  
 ・サクション ( 数回 ・ 頻回 ) ・酸素 ( \_\_\_\_\_ ℓ )  
 ・インシュリン ( \_\_\_\_\_ 回/日 ) ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

## ◎PEG 造設の理由

1. 栄養アクセス
2. 誤嚥性肺炎を繰り返す
3. 嚥下障害
4. 減圧ドレナージ
5. その他 ( )

## ◎処方情報 服用されている全ての薬剤の記載をお願いいたします。

(処方箋のコピー等を FAX していただいても結構です。)

抗血小板剤・抗凝固剤の服用： 無 ・ 有 (種類 \_\_\_\_\_ )  
 アレルギー： 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ )

## ◎特記事項 (造設時や入院中の注意事項が有りましたら記載をお願いいたします。)

# 胃瘻交換術についての説明と同意書

患者氏名： \_\_\_\_\_ 様

## 1) 胃瘻交換の必要性

長期間使用していると、カテーテル内部の汚れや変形・破損などの原因となるため定期的な交換が必要です。

・バルーン型 1～3カ月      ・バンパー型 約6ヶ月

但し、カテーテルに問題が生じた時は随時の交換が必要です。

## 2) 胃瘻交換の方法

古いカテーテルを抜いて、同じ穴に新しいカテーテルを入れます。

・カテーテルの種類によっては、胃内視鏡を使用しての交換となる場合があります。

(特に初回交換時)

・ほとんどは経皮的な交換が可能ですが、経皮的な交換が困難な場合には、内視鏡使用による交換に変更する場合があります。

・カテーテルの種類を変更することは可能です。主治医にご相談ください。

・カテーテル交換時には、多少の痛みと出血があります。

## 3) 操作に伴う偶発症

### ①交換に関連した偶発症

瘻孔破損に伴う腹膜炎・敗血症・多量の出血

### ②誤挿入

胃以外の臓器・腹腔内など

万一、偶発症が起きた場合には最善の処置を行いますが、重篤な基礎疾患のある場合には重症化する可能性が十分にあります。

以上、胃瘻交換術について必要性・方法・危険性について説明しました。

年 月 日

担当医師 \_\_\_\_\_

## 【同意書】

胃瘻交換について十分な説明を受け納得し、本手術を受ける事に同意します。

年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_

(本人との関係 \_\_\_\_\_)