

【土田病院 PEG造設依頼用 ADL表】

氏名: _____ 様		希望造設時期: _____ 月 _____ 日頃	
生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳)		希望入院期間: <input type="checkbox"/> 2泊3日 <input type="checkbox"/> 6泊7日	
性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		(※入院日数にご希望がある場合: _____ 泊 _____ 日)	
当日付き添いされる方: _____ 様		※造設機材は原則バンパー型チューブタイプとなります。 ポタンタイプを希望される場合は事前にご相談ください。	
患者様との続き柄:			
栄養 現在 方法	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (カテーテル挿入部位: _____) <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 ⇒ 栄養剤の種類( _____ ) ・ カロリー _____ Kcal/日 ・ 栄養以外の一日の水分量 _____ ml		
	※経口摂取困難となった時期: _____ 年 _____ 月頃		
身体 の 状況	移動方法 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手つなぎ歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
	※転院時の搬送方法 <input type="checkbox"/> 車いす (※30分以上座位保持可能) <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
	内視鏡施行時の開口 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
	内視鏡施行時鎮静剤 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		
抑制の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 上肢抑制 <input type="checkbox"/> 体幹抑制 <input type="checkbox"/> 介護衣 <input type="checkbox"/> 離床センサー			
排泄	オムツ使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 有 ( _____ Fr _____ 月 _____ 日挿入) <input type="checkbox"/> 無		
その他	気切 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (チューブの種類: _____ サイズ: _____)		
	サクション <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回数: _____ /日)		
	酸素 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ L)		
	抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤名: _____)		
	アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ )		
	胸腹部手術の既往歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手術内容: _____)		
※胸腹部の手術既往のある方は造設出来ない場合がありますので、必ずご記入をお願い致します。			
新型コロナウイルスワクチン接種 <input type="checkbox"/> 済 (2回目: _____ 月 _____ 日 / 3回目: _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 未接種			
特記事項	(処置や入院中の生活上について注意事項がありましたら記載をお願い致します)		

記載日: 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 記載者 (病棟: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_ )

【お願い】

基本的に入院当日午後にご造設致します。  
入院時及び造設後に医師よりご家族へ説明をさせていただきますので、入院当日は午後までお時間を頂く旨、ご家族へお伝え頂けますようお願い致します。

申込日： 年 月 日

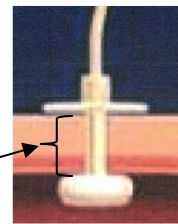
申込施設名： \_\_\_\_\_ 連絡先：電話 \_\_\_\_\_

担当医師名： \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

◎PEG 交換希望時期 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃

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（丸を付けてください）

- ・オムツ使用： 有 ・ 無
- ・移動方法： 独歩 ・ 手つなぎ歩行 ・ 杖歩行 ・ 歩行器 ・ 車椅子  
ストレッチャー
- ・内視鏡施行時の開口： 可 ・ 不可
- ・内視鏡施行時の鎮静剤： 必要 ・ 不要
- ・抑制の有無： 無 ・ ミトン ・ 上肢抑制 ・ 体幹抑制 ・ 介護衣 ・ 離床センサー
- ・医療処置： 無

有⇒	・気切（チューブの種類： _____ サイズ： _____）
	・サクシヨン（ _____ 回/日 ） ・ 酸素（ _____ ℓ）
	・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（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、胃内視鏡を使用する場合があります。

(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。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 )