

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)

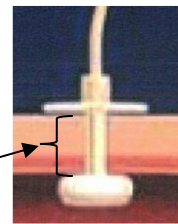
商 品 名： _____

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)

有効長



◎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)