

# 【土田病院 PEG造設用 問診表】

記載日： 20 年 月 日

相談元機関名：

記載者名と所属：

氏名： 様	
生年月日： 年 月 日 ( 歳)	
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
当日付き添いされる方： 様 患者様との続き柄：	
現在の栄養方法	<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 ※入院時の搬送方法 <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 ※退院時の搬送方法は造設後のためストレッチャーとなります 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 膀胱留置カテーテル <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： ) サクシヨン <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 (最終接種： 回目 / 月 日) <input type="checkbox"/> 未接種 新型コロナウイルス感染症罹患歴 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月頃 ) <input type="checkbox"/> 無
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)
お願い	※ 造設機材はバンパーチューブタイプです(初回交換時より希望のタイプに変更できます) ※ 入院当日午後の造設を予定しています 主治医よりご家族へ検査・処置の説明がございますので、お時間に余裕をもっていただくようお願いいたします ※ 誤嚥性肺炎予防のため、造設決定後の口腔ケアは念入りをお願いします

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)

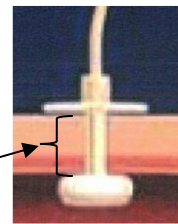
商 品 名： \_\_\_\_\_

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)

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。）