

N S T 外来紹介状 (診療情報提供書)

平成 年 月 日

総合病院山口赤十字病院

紹介医療機関の所在地・名称

N S T 外来 担当医 殿

〒753-8519 山口市八幡馬場 5 3 - 1

TEL 083(923)0111 (代表)

医師名 _____

患者氏名	男・女	明・大・昭・平	年	月	日	歳
------	-----	---------	---	---	---	---

紹介目的 (チェックして下さい)

- 胃ろうに関する事 (胃ろう造設・管理・注入方法など)
- 嚥下機能に関する事 (嚥下の評価・経口摂取が可能かどうか) (ご本人様の来院が必要です)
- 口腔ケアに関する事 (口腔ケアの方法・口腔ケア用品・口腔乾燥：保湿剤の選択やケア)
- 栄養に関する事 (栄養量の設定・栄養剤の選択・注入方法・嚥下食の説明・低栄養に対する食事相談)
- 薬剤に関する事 (下痢・食欲不振時等の薬剤・簡易懸濁法・在宅輸液管理)
- その他 (内容を記入して下さい) ()

既往歴及び家族歴 (上腹部開腹術歴の有・無)

薬物アレルギー

現病歴及び現症

検査所見

治療経過

現在の処方 (処方があれば、必ずご記入下さい) (抗凝固薬の内服歴の記入もお願いします)

受診時の方法 (で 囲んで下さい)

自力歩行

車椅子

ストレッチャー

ご家族のみ

NST 外来は、第1、3木曜日の 13 時 30 分から 15 時 30 分迄の完全予約制です。

受診希望時は 2 日前迄に、地域医療連携室に紹介患者予約申込書と、この紹介状を FAX で送って下さい。

折り返し、受診のご案内に予約時間を記入し FAX で返信させていただきます。

山口赤十字病院 地域医療連携室 行

FAX(083)923 - 0391

電話(083)923 - 0390