



ID

# 胃瘻造設依頼書

千葉健生病院（2F・3F・4F）病棟  
申し込み医（ ）

胃瘻造設日	年	月	日
患者氏名	様		
胃瘻造設目的	消化器を使用していない期間（ ）		
上腹部手術歴	有（ ）	無	
抗凝固薬の内服	有（ ）	無	
休薬指示	有（ ）	無	
感染症の有無	HBsAg（+-） HCV（+-） MRSA（+-） 感染部位（ ）		
PEGキット製品名とサイズ			
現在のADL			
説明の理解度（ 充分有 ・ 充分とはいえないが 有・無 ）			
コミュニケーション障害の有無（ 有 ・ 無 ）			
難聴・視力障害などの有無（ 有 ・ 無 ）			
不穩の有無（ 有 ・ 無 ）			
抑制の必要性の有無（ 有 ・ 無 ）			
手術中の注意点と 申し送り事項 [ ]			
移動方法（ 自立歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー ）			

※ **胃瘻の禁忌と要注意例** . . . . . 下記のリスクを持つ患者様には胃瘻造設は出来ない事があります。

- 内視鏡が通過困難な咽頭・喉頭・食道・胃噴門部の狭窄
- 大量の腹水貯留
- 著名な肝腫大
- 胃の腫瘍性病変や急性胃粘膜病変
- 上腹部の手術の既往
- 横隔膜ヘルニア
- 全身状態不良で予後不良と考えられる例
- 消化吸収障害
- 出血傾向がある例
- 極度の肥満

この用紙は胃瘻造設決定後前日までに、1枚目を入院カルテに、2枚目を内視鏡室に提出する

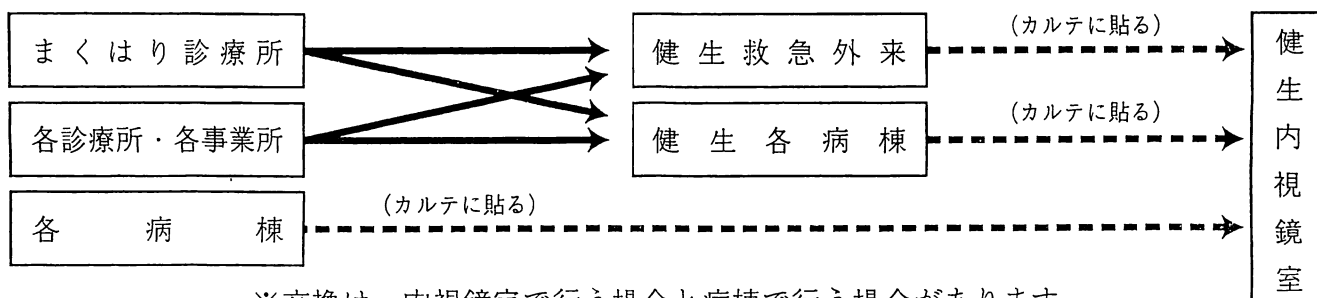
ID

## 胃瘻カテーテル交換依頼書

千葉健生病院（2F・3F・4F）病棟  
 院所名（ ）診療所  
 他医療機関及び事業所名（ ）

患者氏名			様
チューブ交換日 前回交換日時	今回 年 月 日	前回 年 月 日	
病名			
抗凝固薬の内服 休薬指示 感染症の有無	( 有 ・ 無 ) ( 有 ・ 無 ) HBsAg( + - ) HCV( + - ) MRSA( + - ) 感染部位( )		
胃瘻交換に ついての情報	現在のチューブの種類とサイズと長さ ( ) バードガストロストミーチューブ ( ) バードガストロチューブ・ウィザードタイプ ( ) カンガルーミニボタン・バルーン式 ( ) カンガルーボタン・バンパー式 ( ) その他 ( ) サイズ ( ) Fr 長さ ( ) cm		
	今回希望のチューブの種類とサイズと長さ ( ) 現在のものと同じ ( ) 変更希望 ( ) 種類 ( ) サイズ ( Fr ) 長さ ( cm ) ( ) その他 ( )		
胃瘻管理や 看護上の問題	現在のサイズはどうか？いずれかに○をつけて下さい。 ( ゆるい ・ 丁度よい ・ きつい ) その他 ( )		
ADL	説明の理解度 ( 充分有 ・ 充分とはいえないが 有 ・ 無 ) コミュニケーション障害の有無 ( 有 ・ 無 ) 難聴・視力障害などの有無 ( 有 ・ 無 ) 不穩の有無 ( 有 ・ 無 ) 抑制の必要の有無 ( 有 ・ 無 ) 移動方法 ( 自立歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー )		

交換の依頼をする部署が記載をし、健生病院の救急外来もしくは病棟に送付をする。



※交換は、内視鏡室で行う場合と病棟で行う場合があります。

## 病院で胃瘻カテーテル交換を受ける患者様へ

説明書

瘻孔が完成し、安定的に栄養注入が行われていても、カテーテルの使用が長期にわたるとカテーテルの老朽化は避けられませんので、管理上定期的な交換が必要です。カテーテルの交換の時期は、種類や患者様個々の条件によって異なります。胃瘻カテーテルの交換につきましては常に細心の注意を払い、事故が起こらないよう万全を期して行いますが、処置の性格上稀に腹膜炎等の合併症が起こる可能性があります。場合によっては緊急で胃カメラが必要になることもあります。状況により最善の治療を行います。

200 年 月 日

千葉健生病院

主治医名

看護師名

同意書

胃瘻交換について十分な説明を受け納得しました。従って本手術を受けることに同意します。

200 年 月 日

本人名（自署）

家族又は代理人名

本人との続柄

※この同意書は初回の交換時のみご記入いただきます。

※家族又は代理人欄は本人が未成年者又は署名できない場合などにご記入ください。

## 在宅で胃瘻カテーテル交換を受ける患者様へ

説明書

瘻孔が完成し、安定的に栄養注入が行われていても、カテーテルの使用が長期にわたるとカテーテルの老朽化は避けられませんので、管理上定期的な交換が必要です。カテーテルの交換の時期は、種類や患者様個々の条件によって異なります。

胃瘻カテーテルの交換につきましては常に細心の注意を払い、事故が起こらないよう万全を期して行いますが、処置の性格上稀に腹膜炎等の合併症が起こる可能性があります。また、場合によっては緊急で胃カメラが必要になることもあります。よって安全の確保のため、病院でカテーテル交換後にレントゲン透視下などでカテーテルの位置を確認しています。ただし在宅で胃瘻カテーテルを交換する場合は、レントゲンによる確認はできませんので、その他の方法で確認を行います。

200 年 月 日 ( ) 診療所

千葉健生病院

主治医名

看護師名

同意書

胃瘻交換について十分な説明を受け納得しましたが、胃瘻カテーテル交換を在宅で行うことを希望し、同意します。

200 年 月 日 本人名 (自署)

家族又は代理人名

本人との続柄

※やむをえず在宅で胃瘻カテーテル交換をご希望の患者さまは、この同意書は初回の交換時のみご記入いただきます。

※家族又は代理人欄は本人が未成年者又は署名できない場合などにご記入ください。