

記入日 令和 年 月 日

トトロこどもクリニック

## 問診票（胃瘻外来用）

ふいかな	性別			
お名前	男	生年月日	S・H・R	年 月 日
	女	(年齢 歳 ヶ月)		
※子供さんの場合お名前をお呼びする際、“くん”・“ちゃん”でお呼びしてよろしいですか？		はい	・	いいえ
ご住所 〒	—			
		電話番号 (	—	— )
		携帯番号 (	—	— ) 父・母・その他

### 相談の内容を教えてください。

1. 胃瘻チューブの交換を行ってほしい。
2. 胃瘻チューブのことをもっと知りたい。（例：他にどんな種類があるの？・家族に最適なチューブは？）
3. 胃瘻チューブ周囲（瘻孔周囲）の皮膚のトラブルについて相談したい。
4. 日頃の管理のことを相談したい。
5. その他（ ）

### 現在の胃瘻チューブの状態を教えてください。

1. 胃瘻造設日または前回交換日： 令和 年 月 日
2. 種類 バンパー型 ・ バルーン型 ・ わからない  
チューブ ( Fr)  
製品名： ボタン型 ( Fr)  
その他 ( Fr)
3. 以前チューブ交換をした際、トラブルはありましたか？ なし ・ あり  
ありの方は、内容を教えてください。（ ）

薬・麻酔薬(歯医者での治療で使用等)・造影剤にアレルギーはありますか？ なし ・ あり

ありの方は、内容を教えてください。（ ）

☆他院通院中の方は、必ずお薬手帳を提出してください。