

PTEG施行経験症例報告書

申請者氏名	
申請者氏名フリガナ	
申請者生年月日	(西 暦) 年 月 日
PTEG施行年月日	(西 暦) 年 月 日
施行施設名	
指導者氏名 <small>2017年3月以降に初めて施行する場合は必須</small>	
指導者施設	
患者イニシャル	
ID番号など	
患者生年月日	(西 暦) 年 月 日
目 的	栄 養 ・ 減 圧 ・ その他()
基礎疾患名	
PTEG施行の為の理由	
合併症の有無	有 ・ 無
合併症の内容	

※この情報は、当研究会でのみ使用し、研究会以外での目的には使用致しません。