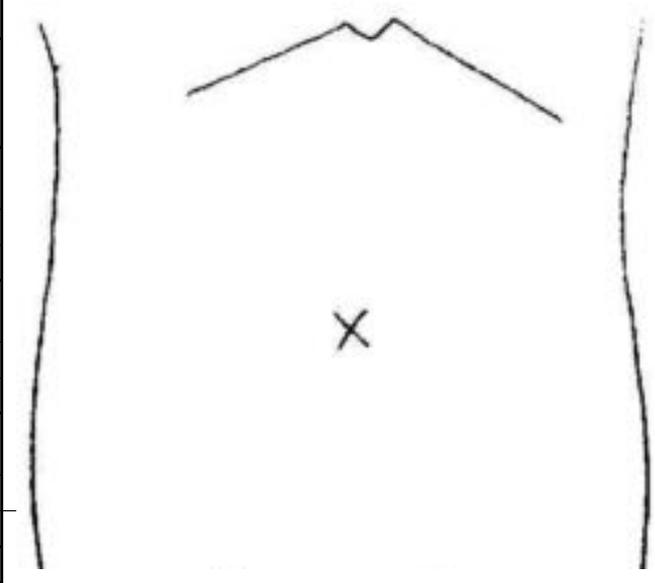


同行訪問看護 依頼連絡票(ストーマ)

施設名	施設住所		
担当看護師 氏名	電話番号 () -		
	Email		
病名	既往歴		
医療機関名	フリガナ		
	担当医師 氏名		
フリガナ	生年月日 T・S・H 年 月 日	性別 男・女	
患者名	身長・体重 cm kg	年齢 歳	
住所	電話番号 ①() -		
	②() -		
禁忌事項	駐車スペース	有 無	
保険の種類	サービスの種類と利用頻度		
要介護度 ※丸をお付けください。 要介護(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 自立	サービスの種類	利用施設(担当者)	
		回/日・週・月 ()	
		回/日・週・月 ()	
		回/日・週・月 ()	
担当ケア マネージャー	施設名	氏名	
原疾患の 経過	訪問希望日時	<input type="checkbox"/> 第 曜日 時 <input type="checkbox"/> 第 曜日 時 <input type="checkbox"/> 第 曜日 時	
管理困難と なった経緯	ストーマの造設位置		
行っている ケア方法			
面板の種類			商品名:
			製品番号:
			孔の大きさ:
アクセサリ の種類	商品名:		
	製品番号:		
	使用量:		
	商品名:		
	製品番号:		
	使用量:		
交換頻度			
ストーマサイズ	縦 mm 横 mm 高さ mm		
合併症 ※丸をお付けください	びらん 潰瘍 出血 発赤 掻痒感 傍ヘルニア ストーマ脱出 粘膜移植・移入	合併症がある場合は症状を上図に書き込んでいただくか、 写真があれば、こちらへ貼り付けていただくと大変参考になります。	
依頼内容	<input type="checkbox"/> 装具変更の相談	<input type="checkbox"/> 実施しているケア方法の相談	
	<input type="checkbox"/> 本人・家族への指導	<input type="checkbox"/> その他 ()	
その他 ご要望	連絡先		
	〒488-8585 尾張旭市平子町北61 独立行政法人労働者健康安全機構 旭ろうさい病院 TEL:0561-54-3131 FAX:0561-52-2426		

用紙に必要事項を記入の上、旭労災病院 地域連携室にFAXをお願いいたします。
後日、皮膚・排泄ケア認定看護師より、お電話でご連絡させていただきます。