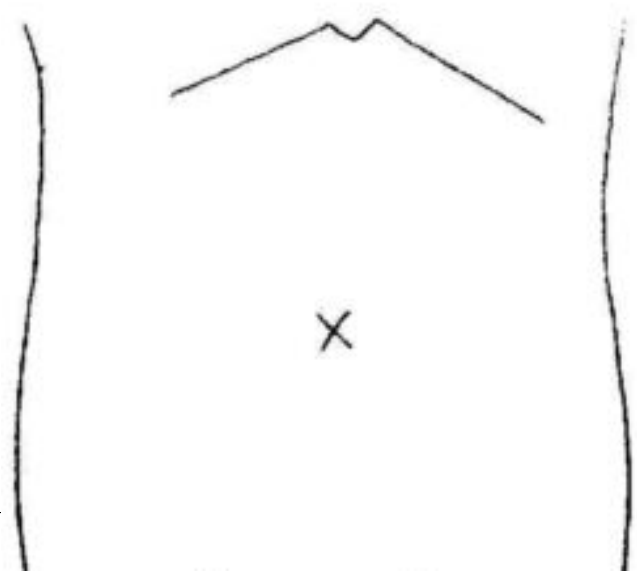


同行訪問看護 依頼連絡票(ストーマ)

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
患者名			身長・体重		cm	kg
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。	要支援(1 ・ 2)		サービスの種類	利用頻度	利用施設(担当者)	
	要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)			回/日・週・月	()	
	自立			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	☐ 第	曜日	時
				☐ 第	曜日	時
				☐ 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:					
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	☐ 装具変更の相談		☐ 実施しているケア方法の相談			
	☐ 本人・家族への指導		☐ 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。