

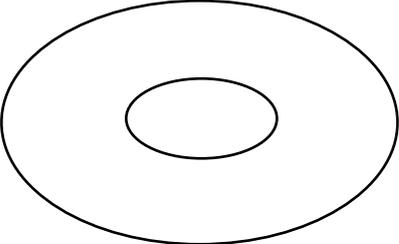
在宅患者訪問看護・指導依頼連絡票（ストーマ）

年 月 日

【依頼元の訪問看護ステーションに関する情報】

(施設名)	(住所)
(担当看護師)	(TEL)

【訪問患者に関する情報】

フリガナ		
患者名		
生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)	性別： 男 ・ 女
住所		
TEL		
訪問希望日①	年 月 日 ()	時 分 ころ
訪問希望日②	年 月 日 ()	時 分 ころ
病名		
担当医師	医療機関名：	
【ストーマ装具の種類と皮膚状況】		
装具種類：	交換間隔：	
アクセサリー：	(最終交換日)	
ストーマの変化	なし	あり (出血・色が悪い・腫れている)
皮膚の変化	なし	あり (赤み・皮膚の荒れ・かゆみ)
便の	硬さ	硬い・普通・やわらかい
	量	少ない・普通・多い
面板の状況：ふやけているところ■で記入 【その他 困っていること】		
		

福島生協病院 ☎ 082-292-3171 FAX 082-294-3512

担当：皮膚排泄ケア認定看護師 本田 友紀 mail: y-honda@hch.coop