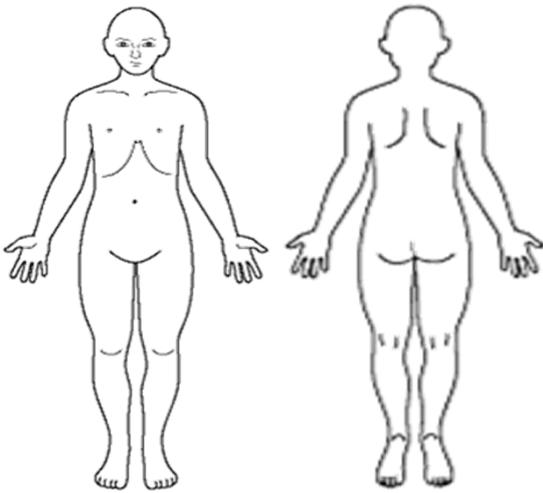


# 在宅患者訪問看護・指導 依頼連絡票

年 月 日

施設名		住所	
担当看護師		TEL	
希望指導	ス ト ー マ ケ ア		
フリガナ		藤枝市立総合病院の 患者番号	
患者名			
生年月日	T . S . H 年 月 日 ( 才 )	性別	男 ・ 女
住所		駐車スペース	有 ・ 無
TEL	— —		
訪問希望日時①	月 日 ( )	時 分頃	
訪問希望日時②	月 日 ( )	時 分頃	
病名			
担当医師		医療機関名	

**【事前に情報提供していただきたい項目】**

ス ト ー マ ケ ア	現在の状況  ストーマ位置; ( 右 ・ 左 ) 腹部  ストーマサイズ;  基部長径      × 短径              mm  粘膜長径      × 短径              × 高さ              mm   皮膚障害の有無 ( 有 ・ 無 )  部位   詳細		
		A : 近接部 (皮膚保護剤が溶解していた部位はA) B : 皮膚保護剤部 C : 皮膚保護剤外部 (医療用テープ、ストーマ袋、ベルト等のアクセサリーが接触していた範囲)	

連絡先	藤枝市立総合病院 〒426-8677 藤枝市駿河台4-1-11 担当:地域医療連携室(直通TEL)054-646-1193
FAX送信先	地域医療連携室 (直通FAX) 054-646-1380

スキヤニング必要

依頼票