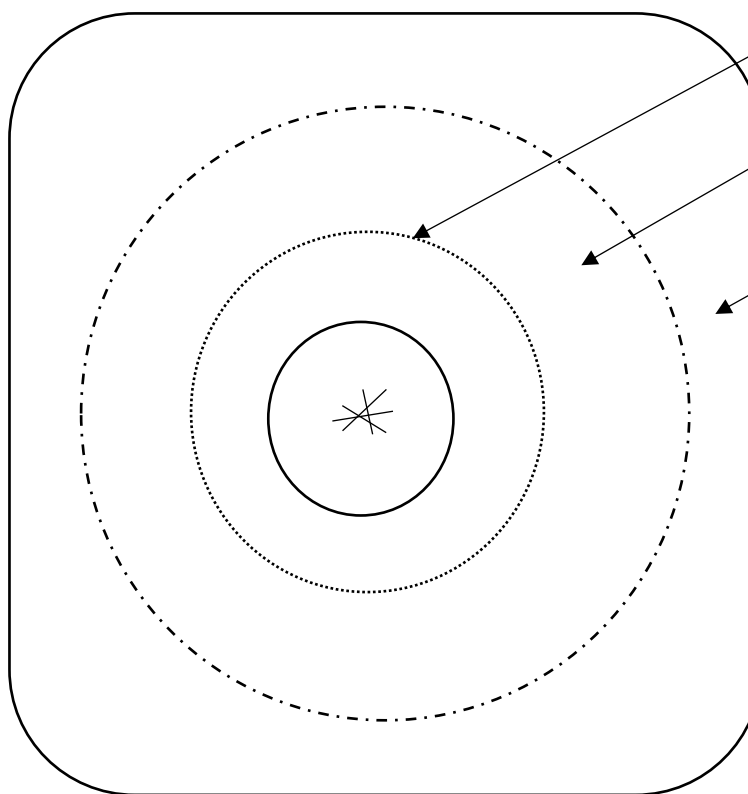


皮膚・排泄ケア認定看護師同行訪問申込書（ストーマ）

申込日	令和 年 月 日			
利用者情報	フリガナ		性別	男性・女性
	氏名		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日（ 歳）
	住所			
	電話			
	神戸医療センター受診歴	： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	神戸医療センターでの特定疾患治療歴	： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	介護保険の有無	： <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有（要支援1・2 要介護1・2・3・4・5）		
相談内容	病名：	術式：		
	<p>※皮膚障害のある部位を図示し、ABCD-Stoma®の評価を記入してください。 （ABCD-Stoma®については日本創傷・オストミー・失禁管理学会のホームページをご参照ください。）</p> <p>※いつから発生しているのか、又は繰り返しているのかなど詳細をお書きください。</p> <p>※詳細に既往歴もご記入下さい。</p>			
 <p style="text-align: right;">A：近接 B：皮膚保護剤 C：皮膚保護剤外</p> <p style="text-align: center;">A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p>		<p>詳細 [</p>		
訪問看護ステーション 連絡先	事業所名	：		
	住所	：		
	電話	FAX		
	担当同行看護師	：		
	在宅主治医	：		
<p>上記内容を記入して頂き下記にFAXをお送りください 皮膚・排泄ケア認定看護師より同行訪問日時調整について、折り返し連絡させていただきます。 日程決定すれば予約票をFAXいたします。 なお、同行訪問については事前に利用者・家族、在宅主治医から同意を得て頂きますようお願いいたします。</p> <p style="text-align: center;">神戸医療センター 地域医療連携室 FAX：078-795-6591</p>				