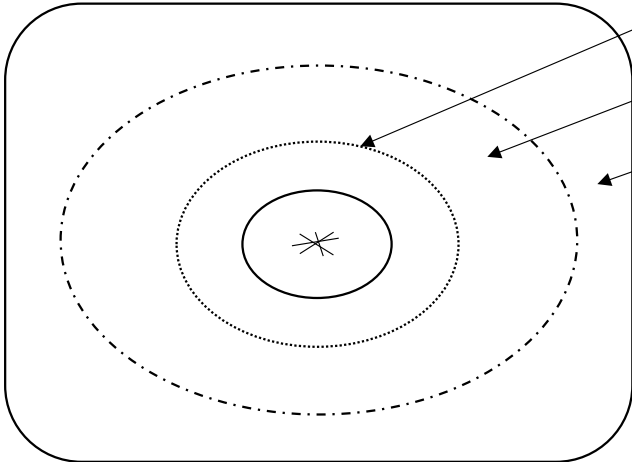
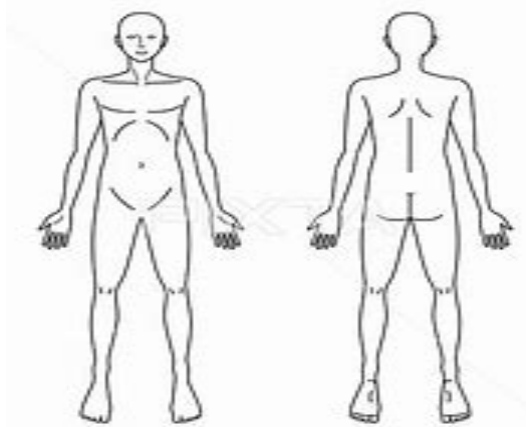


皮膚・排泄ケア認定看護師同行訪問申込書(ストーマ)

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 ※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。) ※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。 ※詳細に既往歴もご記入下さい。	病名:	術式:		
	 <p>A: 近接部 B: 皮膚保護剤部 C: 皮膚保護剤外</p> <p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p> <p>詳細 []</p>			
依頼者連絡先	事業所名 :			
	住所 :			
	電話 :	FAX :		
	担当同行看護師 :			
	在宅主治医 :			

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の調整について、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。
神戸医療センター 地域医療連携室 FAX: 078-795-6591

皮膚・排泄ケア認定看護師同行訪問申込書(褥瘡)

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 【詳細】 ※褥瘡部位を図示してください。 ※いつ頃発生したのか、発生原因は何かなど詳細をお書き下さい	病名:			
				
依頼者連絡先	事業所名 :			
	住所 :			
	電話 :	FAX :		
	担当同行看護師 :			
	在宅主治医 :			
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。 神戸医療センター 地域医療連携室 FAX: 078-795-6591				