

## 備忘録カード

記載内容の変更に備えて、鉛筆書きが便利。

ふりがな	男 女	
氏 名	血液型 型	
明 大 昭 平	年	月 日生
住 所 〒		
電話番号		
緊 急 連 絡 先	氏 名	
	住 所 〒	
	電話番号	
	氏 名	電話番号

ス ト ー マ	種 別 (○で囲む)	コロストミー(結腸人工肛門) イレオストミー(回腸人工肛門) ウロストミー(人工膀胱) ダブル(人工肛門・人工膀胱) その他( )
	サイズ(mm)	横 縦 高さ
身体障害 者手帳	番号	第 号
	等級	級
健康保険の種類(○で囲む) 健保 国保 共済		
健康保険証記号番号		
高齢受給者証記号番号		
受診しているス トーマ外来等の 病院名		Tel
手術を受けた 病院名		手術年 大 昭 平 年

(社)日本オストミー協会神奈川支部

Tel 046-222-1474 Tel 0466-45-4216

【災害用伝言ダイヤル『171』(局番なし)】



キリトリ

## 備忘録カード

記載内容の変更に備えて、鉛筆書きが便利。

ふりがな	男 女	
氏 名	血液型 型	
明 大 昭 平	年	月 日生
住 所 〒		
電話番号		
緊 急 連 絡 先	氏 名	
	住 所 〒	
	電話番号	
	氏 名	電話番号

ス ト ー マ	種 別 (○で囲む)	コロストミー(結腸人工肛門) イレオストミー(回腸人工肛門) ウロストミー(人工膀胱) ダブル(人工肛門・人工膀胱) その他( )
	サイズ(mm)	横 縦 高さ
身体障害 者手帳	番号	第 号
	等級	級
健康保険の種類(○で囲む) 健保 国保 共済		
健康保険証記号番号		
高齢受給者証記号番号		
受診しているス トーマ外来等の 病院名		Tel
手術を受けた 病院名		手術年 大 昭 平 年

(社)日本オストミー協会神奈川支部

Tel 046-222-1474 Tel 0466-45-4216

【災害用伝言ダイヤル『171』(局番なし)】

**装具販売店(購入先)**

社名	
電話	
住所	〒

**日常使用している装具メーカー相談窓口**

社名	
電話	

**日本オストミー協会神奈川支部連絡窓口**

支部名	
電話	
住所	〒

**市町村役所**

役所名	
電話	

**日常使用しているスチーム装具**

製品名	サイズ	注文番号

**使用したことがあるスチーム装具**

メーカー名

製品名	サイズ	注文番号

メモ

(社)日本オストミー協会神奈川支部



キリトリ

**装具販売店(購入先)**

社名	
電話	
住所	〒

**日常使用している装具メーカー相談窓口**

社名	
電話	

**日本オストミー協会神奈川支部連絡窓口**

支部名	
電話	
住所	〒

**市町村役所**

役所名	
電話	

**日常使用しているスチーム装具**

製品名	サイズ	注文番号

**使用したことがあるスチーム装具**

メーカー名

製品名	サイズ	注文番号

メモ

(社)日本オストミー協会神奈川支部