

# 携帯セルフカード

記載内容の変更に備えて、鉛筆書きが便利。

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 TEL 03-5670-7681

【災害用伝言ダイヤル『171』(局番なし)】

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

✂ キリトリ

<b>装具販売店(購入先)</b>	
社名	
電話	
住所	〒
<b>日常使用している装具メーカー相談窓口</b>	
社名	
電話	
<b>日本オストミー協会支部連絡窓口</b>	
支部名	
電話	
住所	〒
<b>市町村役所</b>	
役所名	
電話	

<b>日常使用しているストーマ装具</b>		
製品名	サイズ	注文番号
<b>使用したことがあるストーマ装具</b>		
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本部