

氏名	男・女		
生年月日	年	月	日生(歳)
血液型	A型 B型 O型 AB型 (RH+・RH-)		
住所	電話番号		
病名			
かかりつけ医療機関	①名称		
	電話番号		
	診察券番号		
	②名称		
かかりつけ薬局	名称		
	電話番号		
訪問看護	名称		
	電話番号		

禁忌薬剤・アレルギーなど

その他の薬 名前・飲み方・医療機関など

中断できない薬 名前・飲み方・医療機関など

薬の情報

いのちの手帳

災害時(緊急時)のお願い

すぐに読んでください

私は日常的に継続して
医療を受ける必要があります。

私が倒れている場合は、
最寄の医療機関に運んでください。

ふりがな

氏名

男・女

香川県

H23.8

電力会社	
医療機器会社	
その他	
保健所	
介護保険 ケアマネジャー 訪問介護	
近所の人 民生委員・自治会など	
家族③ (続柄)	()
家族② (続柄)	()
家族① (続柄)	()
氏名	電話番号

緊急時の連絡先

避 難 経 路

避難場所 ①

②

③

日常生活の状況など

項目	留意点
介護の状況	<input type="checkbox"/> 介護なし <input type="checkbox"/> 介護が必要（介護者） 要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2
身障手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（等級）
呼 吸	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 人工呼吸器使用 機 種（ ） 設 定（ ） <input type="checkbox"/> 酸素療法中 機 種（ ） 流 量（ ） <small>ℓ/分</small> <input type="checkbox"/> 吸引器使用（ ）
移 動	<input type="checkbox"/> 自力でできる <input type="checkbox"/> 補助具が必要（ ） <input type="checkbox"/> 介助が必要（ ） <input type="checkbox"/> で き な い（ ）

項目	留意点
会 話	<input type="checkbox"/> 口 頭 <input type="checkbox"/> 筆 談 <input type="checkbox"/> 文 字 盤 <input type="checkbox"/> その 他（ ） <input type="checkbox"/> で き な い（ ）
目	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> まったく見えない（ ）
耳	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> まったく聞こえない（ ）
食 事	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全面介助（ ）
排 泄	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全面介助（ ）

その他の留意点など