

介護される方に

お 願 い

私を介護される時には、必ず
この内容を確認してください。

ふりがな

氏名：

〔 緊急医療手帳 〕

-1-

生年月日： 年 月 日

年齢： 歳 性別： 男・女

住所：

電話番号：() -

病名：

血液型 [A・B・O・AB][Rh +・-]

-2-

《 緊急連絡先 》

【 主治医・病院 】

TEL：

【 訪問看護ステーション 】

TEL：

【 人工呼吸器 】

TEL：

【 酸素供給会社 】

TEL：

【 保 健 所 】

TEL：

【 市町村保健センター 】

TEL：

【 最寄りの電力会社 】

TEL：

-3-

《 看護・介護情報 》 1

看護・介護における特記事項

主介護者

氏 名： 続 柄：

連絡先：

連絡先：

副介護者

氏 名： 続 柄：

連絡先：

連絡先：

その他の介護者

氏 名： 続 柄：

連絡先：

連絡先：

-4-

《 日常生活の動作 》

スケール 1：自立できる 2：一部介助が必要 3：全介助が必要
(移動)以下の項目について番号で記入してください。

年月日 項目				参考事項
移動				
食事				
排泄				
コミュニケーション				
服薬管理				

《 看護・介護情報 》 2

保健師

氏名：

所属：

連絡先：

保健師

氏名：

所属：

連絡先：

ソーシャルワーカー

氏名：

所属：

連絡先：

ケアマネージャー

氏名：

所属：

連絡先：

《 看護・介護情報 》 3

民生委員

氏名：

連絡先：

保健委員

氏名：

連絡先：

自主防災会関係者(役職名：)

氏名：

連絡先：

その他()

氏名：

連絡先：

《 現在受けている在宅・施設サービス 》

訪問看護

回 /

連絡先：

担当者：

訪問看護

回 /

連絡先：

担当者：

ホームヘルプサービス

回 /

連絡先：

担当者：

訪問リハビリテーション

回 /

連絡先：

担当者：

訪問入浴サービス

回 /

連絡先：

担当者：

