

緊急時の支援情報カード(2)

私は日常的に医療を継続的に受ける必要があります。

氏名:		男・女	
生年月日		明・大・昭・平	年 月 日
住所:			
TEL ()			
病名:			
使用中の 医療機器	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル	有 (カテーテルサイズ	Fr)・無
	<input type="checkbox"/> 膀胱ろう	有 (カテーテルサイズ	Fr)・無
	<input type="checkbox"/> 腎ろう	有 (カテーテルサイズ	Fr)・無
	<input type="checkbox"/> 胃ろう	有 (カテーテルサイズ	Fr)・無
	<input type="checkbox"/> 腸ろう	有 (カテーテルサイズ	Fr)・無
	<input type="checkbox"/>	有 (カテーテルサイズ	Fr)・無
	<input type="checkbox"/> 酸素療法	吸入量	ℓ/分
		吸入時間	
<input type="checkbox"/> 吸引	有・無		
中断できない薬	有 (薬品名)・無		
アレルギー	有・無		
移動の状況	歩ける	車椅子	動けない
血液型	A ・ B ・ O ・ AB		

緊急時の連絡先

続柄など	氏名	電話番号など
家族(関係)		- -
家族(関係)		- -
家族(関係)		- -
ケアマネ事業所	事業所	- -
訪問看護事業所		
かかりつけ医	先生	病院名 - -
後方支援ベッド	病院	- -

家族の避難先・集合場所

■避難先(避難所)

氏名

TEL

■集合場所

氏名

TEL