

緊急時の支援情報カード(1)

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	気管切開 有 (カニューレサイズ)・無
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 呼吸器の種類: メーカー名: TEL (内臓バッテリー時間) 約 時間 1回の換気量: 回/分 (外部バッテリー時間) 約 時間 呼吸回数 回/分 呼吸モード 酸素濃度
	<input type="checkbox"/> 酸素療法 吸入量 回/分 吸入時間
	<input type="checkbox"/> 吸引 有・無
	<input type="checkbox"/> 胃瘻 有 (カテーテルサイズ)・無
	<input type="checkbox"/> 有 (カテーテルサイズ)・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