

介護保険者番号

被保険者番号

《日常生活の動作》

要介護度：

スケール 1：自立でできる 2：一部介助が必要 3：全介助が必要

その他の社会資源

・緊急連絡先

主治医・病院

TEL：

通院・往診

専門医・病院

TEL：

通院・往診

介護支援事業所

TEL：

担当ケアマネジャー：

訪問看護ステーション

TEL：

・家族・知人等の連絡先

氏名	関係	電話

・一時集合場所・広域避難場所・第一次避難所

一時集合場所	
広域避難場所	
第一次避難所	

・家族の集合場所

--

・その他、避難に関すること（避難計画）

--

	参考事項
移動	
食事	
排泄	
コミュニケーション	
服薬管理	
認知機能	

看護上の目標・留意点・その他特記事項

--

《透析条件》

透析方法	血液透析 ・ CAPD ・ その他 ( )		
透析回数	週	回	透析曜日
透析時間	時間	分	透析時間帯
ダイアライザー	[ろ過面積]		
血液流量	ml/分		
透析中の食事	有・無・その他 ( )		
体重 (ドライウエイト)	kg		
平常時血圧	/	mmHg	身長 cm
原疾患	慢性腎炎 糖尿病性腎症 その他		
合併症			
肝	HBs抗原 (+-) HBc抗体 (+-)	HBe抗原 (+-) HCV抗体 (+-)	

《必要な医療処置》

【人工呼吸器】

気管切開 (有・無)      1回の換気量：  
呼吸モード：  
呼吸回数：  
酸素濃度：  
カニューレサイズ：

【酸素療法】

安静時または就寝時

吸入量	ℓ/分	吸入時間	時間/日
労作時吸入量	ℓ/分	吸入時間	時間/日

器具名  
メーカー名  
業者連絡先

災害時(緊急時)のお願い

[緊急支援・医療手帳]

私を介護、治療される方は必ずこの内容を確認してください。

ふりがな
氏名：

年 月 日記入

生年月日： 年 月 日 性別： 男 ・ 女

住所：

電話番号：①

②

病名：  
既往歴：

血液型      A ・ B ・ O ・ AB      Rh + ・ -

使用中の薬剤：

中断できない薬：

禁忌薬剤：  
アレルギー (有 ・ 無)

その他の薬：

障害の種類      種      級 ・      度

健康保険の種類      国 ・ 社 ・ 共 (本人・家族) ・ その他

保険者番号      被保険者記号      番号