****

記入日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 生年月日 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  年 　　月　 　日 |
| 住所 |  | 連絡先  　自宅  　携帯電話 | （　　　 　）  （　　 　　） |
| 職場/学校 |  | 血液型 | Ａ・Ｂ・Ｏ・ＡＢ  【ＲＨ　＋・－】 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 疾患名 |  | 主な症状 |
| 合併症 |  | |
| 既往症 |  | |
| アレルギー | 無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

【服薬に関する情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 薬の名前  （薬の量・  回数）  ※おくすり手帳が無い方はご記入ください。 |  |
| 禁止薬 |  |

【自立度・医療処置情報】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 移動 | 自立・一部介助・全面介助 | 【補装具】車いす・歩行器・杖  その他（　　　　　） |
| 食事 | 自立・一部介助・全面介助 | 【形】固形・きざみ  　　　ペースト・とろみ |
| 排泄 | 自立・一部介助・全面介助 | 【尿意】有・時々・無  【オムツ】要・否  【便意】有・時々・無  【浣腸】　要・否 |
| 意思疎通 | 問題なし・筆談・文字盤・その他（　　　　　　　　　　　） | |
| 薬の管理 | 自立・一部介助・全面介助 | 【ひどいもの忘れ】無・時々・有 |
| 医療処置 | 【内容】  人工呼吸器・気管切開  吸引・在宅酸素・ストーマ  胃ろう・経鼻栄養  その他（　　　　　　　　） | 【災害時の注意点】 |

【受給者証等】

**※防災シートにご記入の上、おくすり手帳に挟んでください。**

**※避難の際は、おくすり手帳の携帯をお願いします（薬剤情報**

**提供文書もあると便利です）。**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療受給者証  (公費負担番号) | 指定難病・小児慢性特定疾病・その他（　　　　　　）  （番号：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 健康保険証  (被保険者番号) | 後期高齢・国保・社保・共済・その他（　　　　　　）  （記号・番号　　　　　　　　　　　　　　） |
| 介護保険 | 要支援　１・２　　　要介護１・２・３・４・５ |
| 身体障がい者  手帳 | （　　）級　内容：肢体・視覚・聴覚・心臓機能  　　　　　　　　　呼吸機能・その他 |
| 療育手帳 | Ａ・Ｂ１・Ｂ２ |
| 精神障がい者  保健福祉手帳 | １級・２級・３級 |



**※防災シートにご記入の上、おくすり手帳にはさんでください。**

**※避難の際は、おくすり手帳の携帯をお願いします。薬剤情報**

**提供書（薬の説明書）もあると便利です。**

****

【緊急時連絡先】

**【災害用伝言ダイヤル】**

**１７１にダイヤル**

**録音は「１」**

**再生は「２」**

**被災地の方の電話番号をダイヤル**

**（○○）○○○○―○○○○**

**伝言を入れる**

**伝言を聞く**

※音声ガイダンスが流れます

|  |  |
| --- | --- |
| （関係　　　　　）同居・別居 | 住所 |
| 電話番号 |
| （関係　　　　　）同居・別居 | 住所 |
| 電話番号 |
| （関係　　　　　）同居・別居 | 住所 |
| 電話番号 |



**【災害用伝言版（web171）】**

[**https://www.web171.jp**](https://www.web171.jp)**にアクセス**

**被災地の電話番号を入力（※市外局番から入力）**

**説明に従い、登録/確認**

大阪府〇〇保健所　地域保健課　母子・難病・地域ケアチーム

住所：

電話：　　　　　　　　　　　FAX：

令和〇年度〇月発行

|  |  |
| --- | --- |
| かかりつけ医療機関名  担当医名 | 所在地 |
| 電話番号 |
| 医療機関名  担当医名 | 所在地 |
| 電話番号 |
| 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）名 | 所在地 |
| 電話番号 |
| 訪問看護ステーション名 | 所在地 |
| 電話番号 |
| 薬局名 | 所在地 |
| 電話番号 |
| 医療機器取扱業者名  担当者名 | 所在地 |
| 電話番号 |
| 民生委員 | 所在地 |
| 電話番号 |
| その他 |  |