



防災シート

近くの避難場所 () 行き方 ()

記入日 年 月 日

名前 <small>なまえ</small>	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】

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・B 1・B 2
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。

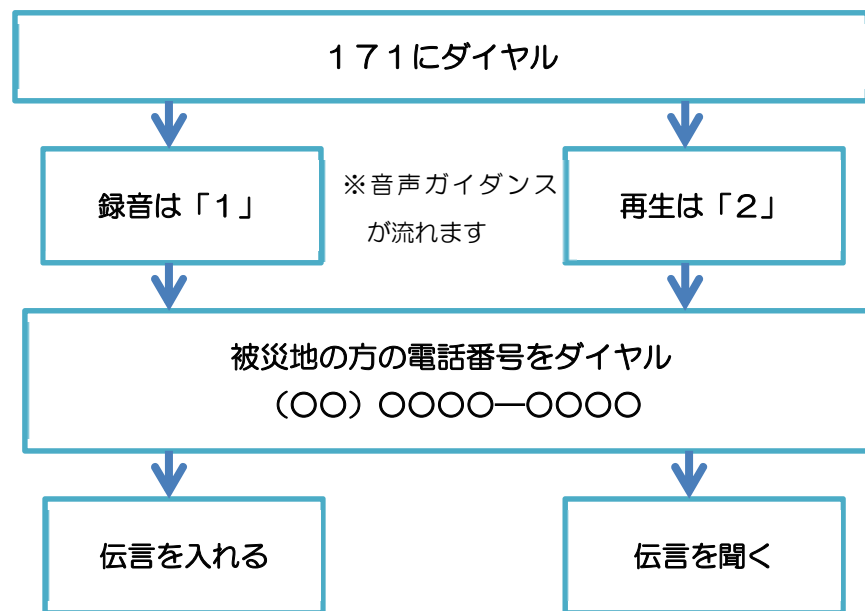


【緊急時連絡先】

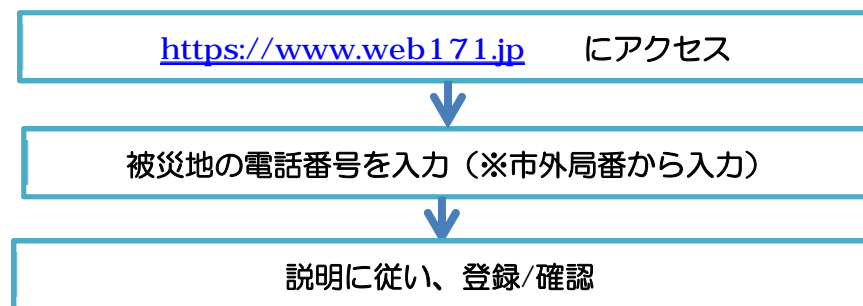
氏名 (関係)同居・別居	住所
	電話番号
氏名 (関係)同居・別居	住所
	電話番号
氏名 (関係)同居・別居	住所
	電話番号

かかりつけ医療機関名	所在地
担当医名	電話番号
医療機関名	所在地
担当医名	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	所在地
担当者名	電話番号
民生委員	所在地
	電話番号
その他	

【災害用伝言ダイヤル】



【災害用伝言版 (web171)】



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