

緊急時連絡票

令和 年 月 日作成

令和 年 月 日更新

私は、以下の内容(裏面を除く。)を平常時から避難支援等関係者(自主防災組織、町内会、民生委員、社会福祉協議会、地域包括支援センター、地域支援者及び警察)に提供すること及び内容に変更が生じた場合において随時提供し直すことに同意します。	本人又は代理人の署名 ※本人又は代理人が手書きしない場合は、記名押印してください。
--	--

※必要に応じて記入してください。

普段の状態	<input type="checkbox"/> 自立(良好)	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> マヒ()	<input type="checkbox"/> 人工透析
現病名	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/> 肝疾患	<input type="checkbox"/> 心疾患
	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> その他()		
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/> 肝疾患	<input type="checkbox"/> 心疾患
	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> その他()		
過去の大きな病気・手術歴	病名 時期				
かかりつけ医	(市 町)		(市 町)		
かかりつけ病院	<input type="checkbox"/> 安城更生病院	<input type="checkbox"/> 八千代病院	<input type="checkbox"/> 刈谷豊田総合病院		
	<input type="checkbox"/> 碧南市民病院	<input type="checkbox"/> その他()			
利用する介護事業所	電話				
担当のケアマネージャー又は相談支援員	事業所名 担当者名 電話				

特記事項(必要な保険、医療・福祉サービス)

--

※定期的に更新してください。

※薬剤情報提供書の写しなども併せて「安心キット」に入れてください。