

本人の基本情報

【写真貼付欄】 本人確認のため 写真を貼ることを おすすめします。	ふりがな 名 前	男 ・ 女
	T・S・H 年 月 日生	
血 液 型	A・B・O・AB (RH+・RH-)	
身長・体重	身長 cm ・ 体重 Kg	
住 所		
電 話 番 号		
病 名		
主 な 症 状		

本人の基本情報

健康保険証	国保・後期高齢・協会けんぽ・各種組合 各種共済・その他()
	記号番号()
難病 医 療 費	受給者証 指定難病 ・ 小児慢性特定疾病
	受給者番号
	病 名
重度医療受給者証	受給者番号()
心身障害者 医療費受給者証	番 号()
身体障害者手帳	()級 ・ 第()種
	番 号()
介 護 保 険	要介護() ・ 要支援()
障害者総合支援法	障害程度区分()

人工呼吸器使用者

呼 吸	自発呼吸	有 ・ 無	SpO ₂	%	
	機 種	(メーカー)	(型番)		
	換気モード				
	1回換気量	ml	呼 吸 回 数	回/分	
	I : E 比		気道内圧上限	cmH ₂ O	
	離 脱	可 () 分) ・ 不 可			
	吸 引	気管内チューブ	製品名	サイズ	mm
吸引チューブ		製品名	サイズ	Fr	
吸引回数		回/日(うち夜間 回)			
栄 養	摂取方法	経口・経鼻・胃ろう・IVH・その他			
	種類・摂取量	ml/回	回/日		
	追加の水分量	ml/回			
排せつ	方 法	尿:	便: (浣腸 要 ・ 否)		
酸素療法					
安静時または就寝時		吸入量	L/分	吸入時間	H/日
労 作 時		吸入量	L/分	吸入時間	H/日

人工透析

透 析 方 法	血液透析 ・ CAPD ・ その他 ()		
血 液 型	型 Rh ()	ドライウエイト	Kg
平常時血圧	/ mmHg	通常時の心胸比	%
透 析 回 数	週 回	透 析 時 間	
血 流 量	ml/分	透 析 液 流 量	ml/分
ダイアライザー			
抗 凝 固 剤	ヘパリン (Na・Ca) ・ 低分子ヘパリン ・ その他 ()		
	(初回)	IU・mg (持続)	IU・mg/hr
禁 忌 薬			
原 疾 患			
合 併 症			
感 染 症	HBs抗原 (+ ・ -)	HCV抗体 (+ ・ -)	
	ワ 氏 (+ ・ -)	()	
シャントの部位			

かかりつけ医

①	病院名	
	住所	
	電話番号	
	主治医	
②	病院名	
	住所	
	電話番号	
	主治医	
③	病院名	
	住所	
	電話番号	
	主治医	
④	病院名	
	住所	
	電話番号	
	主治医	

病歴・治療歴

年月日	病名(治療・手術)	病院

使用薬剤について

使用内服薬等（記入またはシールを貼付）

●必ず服用する薬（中止不可）

●常時服用している薬

●発作や症状が出た時に使用する薬剤・注射等

●お薬手帳も一緒に携帯しましょう。（詳細は「お薬手帳」を参照）

禁忌薬剤・アレルギー等

禁忌薬剤名

アレルギー

禁忌食物等

ネブライザー使用

● エピペンの使用希望（有・無）

有 ・ 無

かかりつけ薬局

薬局名

① 住所

電話番号

薬局名

② 住所

電話番号

自 立 度		
移 動	自立度	自 立・一部介助・全面介助
	補装具	車いす・歩行器・杖
食 事	自立度	自 立・一部介助・全面介助
	えん下	可 ・見 守 り ・ 不 可
排 泄	自立度	自 立・一部介助・全面介助
	方 法	おむつ・ストマ・浣腸
意 思 疎 通	自立度	自 立・一部介助・全面介助
	方 法	筆談・文字盤・その他()
服 薬 管 理	自立度	自 立・一部介助・全面介助
	ひどい物忘れ	無 ・ 時 々 ・ 有
呼 吸	問題なし・人工呼吸器・酸素療法	
視野狭窄があるので声をかけてください		必 要 ・ 不 要
耳が聞こえませんので筆談をお願いします		必 要 ・ 不 要
トイレの優先使用を希望します		必 要 ・ 不 要

現在受けている医療処置		
人工呼吸器	マスク式人工呼吸器	酸素療法
吸 引	気管切開	ペースメーカー
植込型除細動器(ICD)	胃ろう	腸ろう
留置カテーテル(尿)	人工肛門	膀胱ろう
皮下埋込型ポート	人工透析(在宅)	腹膜透析(CAPD・APD)
自己注射薬(インシュリン・尿管症等の点鼻薬・生物学的製剤等)		
栄養について		
使用している食品・商品名等を記載してください。		
種 類	内 容 な ど	
中心静脈栄養	薬剤名	
経腸栄養	例) エレンタール	
経口栄養(食事の形態等)	例) エンシュアリキッド	

援助して下さる方へ

目が不自由な場合（該当・非該当）

(1) 声かけ

「何かお手伝いできることはありませんか?」と援助者から先に声をかけてください。

目の見えない人にとっては、声をかけられるまで援助者に気づいていません。

(2) 誘導

一声かけ白い杖の反対側に立って腕を貸し、相手の半歩前を歩いてください。白い杖をつかんだり、手を引っ張ることは、避けましょう。

援助者のヒジの少し上に相手の手を導いた上で歩き出すと、進む方向がよくわかります。

段差は直角に進んでください。段差の手前で昇るか降りるかを伝えてください。

(3) コミュニケーションの手段等

●点字・レコーダー・拡大器

大勢が集まる場では、マイクの使用が予測されますが、マイクを使用する場合、どの方向に話し手がいるかを伝えてください。

援助して下さる方へ

耳が不自由な場合（該当・非該当）

(1) 案内

視覚で情報を得ることができます。できるだけ正面から案内してください。

集合場所の案内は「聴覚障害者はこちらへ」「筆談で案内します」「手話で案内します」と目だつところに案内版などを掲示し、視覚に訴えるように提示してください。

最新情報を掲示する時は、更新日時を記載してください。

(2) 誘導

聴覚障害者ブースとして「筆談」「手話」グループに分けて誘導してください。

(3) コミュニケーションの手段等

●手話(手話通訳者)・筆談・読唇・口話・補聴器
FAX・メールなど

大勢が集まる場では、援助が必要な方の集合場所を決め、周知内容などを紙に書き、視覚に訴える方法で案内してください。

関係者連絡先

名 前	関 係	電話番号など
	家 族	
	家 族	
	親 族	
	親 族	
	学 校	
	市 町 村	
	自 治 会	
	民 生 委 員	
	ソーシャルワーカー	
	ケアマネージャー	
	ヘルパーステーション	
	訪問介護事務所	
	訪問看護ステーション	

関係者連絡先

名 前	関 係	電話番号など
	電 力	
	ガ ス	
	水 道	

人工呼吸器 取扱業者	会 社 名	
	担当者名	
	電話番号	
在 宅 酸 素 取扱業者	会 社 名	
	担当者名	
	電話番号	
在 宅 血 液 透析機器 取扱業者	会 社 名	
	担当者名	
	電話番号	