

記載年月日 年 月 日

保健・医療・福祉・介護等情報			
◆ 登録者			
氏名 (ふりがな)	()		
生年月日	(大・昭・平・令) 年 月 日 (歳)		
性別	男 ・ 女		
住所	〒		
電話番号			
病名			
その他の持病・症状			
気管切開の有無	あり ・ なし		
コミュニケーションの方法	口話 ・ 伝の心 ・ 文字盤 ・ その他 ()		
必要な福祉機器等			
加入医療保険	健保組合 (本・家) 政管健保 (本・家) 国保 (一般・退本・退家) 後期高齢 船員 (本・家) 共済組合 (本・家)		
障害者手帳の有無	あり (等級) ・ なし		
特定医療費 (指定難病) 受給者証の有無	あり ・ なし	小児慢性特定疾病受給者証	あり ・ なし
介護認定	あり (要介護 ・ 要支援) ・ なし		
◆ 人工呼吸器の使用			
装着時間	常時 (24 時間) ・ 夜間のみ使用 ・ 時々使用 (約 時間/日)		
設 定 値	換気モード ()		
	1 回換気量 (ml)	呼吸回数 (回/分)	
	酸素 (要 ・ 不要)	酸素投与量 (L/分)	
バッテリー	内蔵バッテリー (時間)		
	充電済み外部バッテリー あり (時間× 個) ・ なし		
機 種			
◆ 吸引			
吸 引	口腔内 ・ 気管内 ・ 鼻腔内		
頻度など			
カニューレ	(Fr)	カフエア量/カフ圧 (ml)	
◆ 薬			
主な薬 (用法・用量)			
※「お薬手帳」参照			
内服薬の投与経路	経口 ・ 経管	薬の溶かし方/投与方法	

※裏面に続きます

記載年月日 年 月 日

◆ 栄養／水分摂取方法	
投与経路	経口 ・ 胃ろう ・ 経鼻経管 ・ その他
食形態・栄養剤など	1 回量：
水分	cc× 回／日
◆ 排泄	
浣腸	要（回数： 回／週 時ころ） ・ 不要
排尿	自立 ・ オムツ ・ フォーレ
その他特記事項	

◆ 緊急連絡先リスト			
名称	続柄	施設名及び担当者（職種）	電話番号
家族・親戚等			☎
			☎
			☎
			☎
ケアマネジャー			☎
かかりつけ医			☎
専門病院			☎
訪問看護ステーション			☎
訪問看護ステーション			☎
人工呼吸器取扱い業者			☎
吸引・吸入器取扱い業者			☎
保健所／保健センター			☎
居宅介護支援事業所			☎
ヘルパーステーション			☎
民生委員			☎
避難所			☎