

記載年月日 年 月 日

緊急連絡先・人工呼吸器情報			
登録者			
氏名(ふりがな)	()		
住所	〒		
電話番号			
病名			
気管切開の有無	あり ・ なし		
特定医療費(指定難病)受給者証	あり ・ なし	小児慢性特定疾病受給者証	あり ・ なし
緊急連絡先(家族・親族等)			
名前	続柄	電話番号	
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)		
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			
取扱い業者			
担当者名		電話番号	
かかりつけ医		電話番号	
ケアマネージャー		電話番号	
相談支援専門員		電話番号	