

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	(明・大・昭・平) 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	
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			☎