

# 記入例

## 緊急医療・災害時支援情報シート

令和〇〇年〇〇月〇〇日時点

◎基本情報(氏名、住所等)をご記入ください。

フリガナ 氏名	ジョウエツ タロウ	住所	上越市木田1-1-3				
	上越 太郎		(電話番号 025-526-5111)				
生年月日	〇〇年〇月〇日 ( 〇〇 歳 ※シート作成時点)	性別	男	血液型	AB	介護認定	要介護 5
世帯状況	65歳未満の家族がいる世帯		手帳所持	身体 1級 / 療育 / 精神			

◎世帯の状況をご記入ください。  
(例) ひとり暮らし、高齢者のみ世帯、65歳未満の家族がいる世帯 等

緊急時に連絡を必要とする人です。遠方の親族も含みます。

①	上越 市郎	子	上越市〇〇〇 〇〇番地	〇〇〇〇〇〇
②	ジョウエツ ハナコ 上越 花子	姉	新潟市〇〇〇 〇〇番地	〇〇〇〇〇〇
③	ジョウエツ ジロウ 上越 次郎	弟	上越市〇〇区 〇〇〇	〇〇〇〇〇〇

◎主治医の先生と連絡先をご記入ください。

主治医名	医療機関名	電話番号
〇〇△△	□□病院内科	〇〇〇〇〇〇

私は  
(本人) 申請者本人が自署した場合は、押印不要です。本人以外の方が記名した場合は、押印が必要です。

普段受診している医療機関名及び主治医を記入してください。

(本人) 氏名 上越 太郎 (署名又は記名押印)

(代筆者) 氏名 \_\_\_\_\_ (署名又は記名押印)

裏面もご記入ください

◎ケアマネジャーや地域包括支援センターに担当職員がいればご記入ください。

事業所名	担当者名	電話番号
△△△地域包括支援センター	〇〇□□	〇〇〇〇〇〇

◎治療中のご病気があれば、病名と受診している医療機関についてご記入ください。  
 現在治療中のご病気がなければ「なし」とご記入ください。

病名	医療機関名・主治医名	電話番号
糖尿病	医療機関名 □□病院内科 主治医名 〇〇△	〇〇〇〇〇〇
高血圧	医療機関名 △△△医院 主治医名 □□〇〇	
高脂血症	医療機関名 △△△医院 主治医名 □□△△	〇〇〇〇〇〇

普段受診している医療機関名及び主治医を記入してください。

飲んでいる薬について

お薬の説明書		発行日 2015年10月XX日
お名前 〇〇〇様		
 バイアスピリン錠100mg BA100 白錠 分別してあります。 1日 1回 朝食後 1回 1錠 【効能効果】 血液を固まりにくくし、血液の流れをよくします。 【副作用】(主な副作用) 胃痛、吐き気、食欲不振、嘔吐、腹痛、頭痛、口内炎、関節痛、水腫、出血しやすい、胃痛、吐き気、頭痛等に気付いたら中止して受診。		
 アイトロール錠20mg 122 白錠 分別してあります。 1日 2回 朝夕食後 1回 1錠 【効能効果】 眼の圧を下げます。 【副作用】(主な副作用) 発熱、発疹、皮膚が赤くなる、気分不良、全身倦怠感等の症状に気付いたら中止して受診。バイアグラ錠との併用は避けること(危険)。		
 プロナカン錠10mg TG22 白色錠 分別してあります。 1日 1回 夕食後 1回 1錠 【効能効果】 胃十二指腸潰瘍、胃炎を改善するH2受容体拮抗薬です。 【副作用】(主な副作用) 胃痛、発熱、咳、呼吸困難、しびれ、筋肉痛、全身倦怠感、内出血、虚汗、口内炎、めまい、動悸等の症状に気付いたら中止して下さい。		

薬の一覧表(例)



キットの中にいれましょう。



◎備考(医師や救急隊に知っておいてほしいこと等を記入してください)

- ・デイサービスセンター〇〇〇〇を週2回利用。
- (デイサービスで入浴し、自宅で入浴はできない)
- ・卵アレルギー
- ・耳が遠く話が聞き取りにくい など



記入が終わったら、このシートをキットの中に入れて冷蔵庫に保管しましょう。