

川口市みまもり情報シート

記入日 年 月 日 (更新日 / /)

ふりがな		性別	血液型	ケアマネジャー・地域包括支援センター・障害者相談支援センター担当者など			
名前		男・女	型	事業所名			
住所	川口市			電話番号			
電話番号(携帯電話)	()			担当者名			
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日()歳			○ 連絡して欲しい家族・友人			
介護度のある場合	要介護()	障害者手帳を持っている場合	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神	名前	関係		
	要支援()			電話番号	()		
	○ 連絡して欲しい家族・友人						
からだの状況 (救急隊や医師に特に伝えたいこと)	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 足が不自由 <input type="checkbox"/> 目が不自由 <input type="checkbox"/> 耳が不自由 <input type="checkbox"/> 言葉が不自由 <input type="checkbox"/> その他(例:今までにした大きな病気など) []			名前	関係		
				電話番号	()		
	○ 連絡して欲しい近所の方や民生委員						
				名前	関係		
治療中もしくは治療が必要な病気	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 脳血管の病気 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()			電話番号	()		
	かかりつけの病院 (例:病院名 ○○科 主治医の名前 電話番号などを書くか、診察券または写しを同封する) []						
アレルギーについて	なし・あり (のアレルギーあり)						
判断能力の低下について	なし・あり						
今もらっているお薬	(お薬の名前を書くか、説明の紙を同封する)						
	[]						
	延命治療などについて希望や考えはありますか						
【ある場合】 <input type="checkbox"/> どなたかに伝えている(名前: 電話番号:) <input type="checkbox"/> 書面にしている(あてはまるものに○) (エンディングノート、意思表示ノート、その他【 】) <input type="checkbox"/> 今は決められない							

※以上の情報について、できる範囲で搬送・救急処置・みまもり支援について参考にしてください。

本人確認欄