

# 川口市みまもり情報シート



この情報シートを書いた日 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		
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( )			名前		関係	
				電話番号	( )		
アレルギーについて	なし・あり( のアレルギーあり)			かかりつけの病院			
判断能力の低下について	なし・あり			(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)			
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) [ ]			[ ]			

※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