

氏名	香川 太郎 (男)・女
生年月日	年 月 日生 (歳)
血液型	(A型) B型 O型 AB型 (RH+)・RH-
住所	〇〇市〇〇町〇〇12-3 電話番号 087-〇〇〇-XXXX
病名	パーキンソン病 糖尿病 高血圧
かかりつけ医療機関	①名称 〇〇医院 電話番号 087-XXX-〇〇〇〇 診察券番号 110-220-〇〇〇〇
	②名称 〇〇眼科 電話番号 087-〇〇〇-△△△△ 診察券番号 T123456〇〇
	名称 〇〇調剤薬局 電話番号 087-△△△-****
	名称 △△訪問看護ステーション 電話番号 087-***-〇〇〇〇

いのちの手帳

災害時(緊急時)のお願い

すぐに読んでください

私は日常的に継続して
医療を受ける必要があります。

私が倒れている場合は、
最寄の医療機関に運んでください。

ふりがな か が わ た ろ う (男)

氏名 香川 太郎 (女)

香川 県

治療の情報

中断できない治療(薬や医療的ケア) 名前・用法・医療機関など

- ・Xキット(10-キリン)朝昼、夜前
- ・Lキット(10-キリン)朝昼、夜前
- ・L-スリン(糖尿病)毎食後
- ・ゴフロク(高血圧)毎食後

その他の治療(薬や医療的ケア) 名前・用法・医療機関など

- ・カマ7(便秘)毎食後
- ・ラキソバロン(便秘)

禁忌薬物

- ・クワビット(薬疹)

アレルギー

- ・花粉症、卵アレルギー

その他(食事制限や注意点など)

緊急時の連絡先

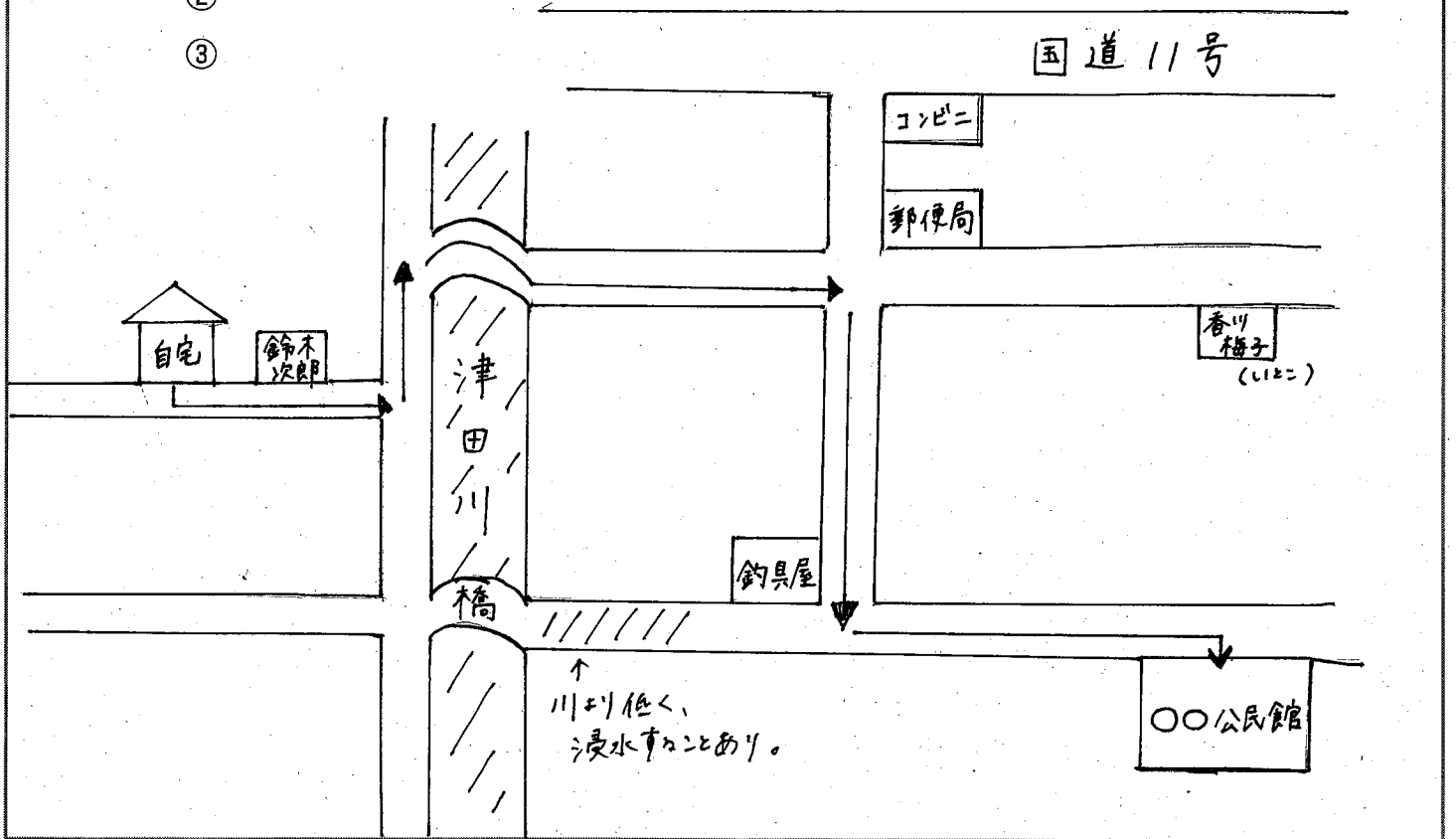
氏名	家族① 香川一郎 (続柄 長男) 090-〇〇〇-XXXX
氏名	家族② 山田花子 (続柄 三女) 080-〇〇〇-△△△△
氏名	家族③ (続柄)
氏名	近所の人 民生委員・自治会など ・鈴木次郎(自治会長、右隣) ・香川 桐子(いとこ)
氏名	介護保険 〇〇支援事務所 087-***-△△△△ ケアマネージャー 田中 竹子 090-△△△△-〇〇〇〇 訪問介護 △△訪問介護 0879-〇〇-XXXX 吉田 和子
氏名	保健所 〇〇保健所
氏名	その他 医療機器会社 電力会社 四国電力 0879-〇〇-XXXX (〇〇営業所)

避難経路

避難場所 ①

②

③



日常生活の状況など

項目	留意点
介護の状況	<input type="checkbox"/> 介護なし <input checked="" type="checkbox"/> 介護が必要 (介護者 妻、長男) 要介護 1・2・③・4・5 要支援 1・2
身障手帳	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (等級 3)
呼吸	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 人工呼吸器使用 機種 () 設定 () <input type="checkbox"/> 酸素療法中 機種 () 流量 (㎖/分) <input type="checkbox"/> 吸引器使用 ()
移動	<input type="checkbox"/> 自力でできる <input type="checkbox"/> 補助具が必要 () <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 (屋外：車椅子、室内：杖、四つばい) <input type="checkbox"/> できない ()
会話	<input checked="" type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> できない ()
目	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 見えにくい (眼鏡使用) <input type="checkbox"/> まったく見えない ()
耳	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> まったく聞こえない ()
食事	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全面介助 ()
排泄	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全面介助 ()
その他の留意点など 音停止時、振戦あり	