

緊急医療カード

私は、病気や障害のため、日常的に医療や手助けが必要です。
私が倒れている場合は、緊急連絡先に連絡してください。

(ふりがな) 氏名	男・女
生年月日	大・昭・平 年 月 日
住所	
電話	() -
血液型	A・B・O・AB (Rh +・-)
介護保険	なし 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
障がい認定 区分	なし 区分 1・2・3・4・5・6
身体障がい者 手帳	あり (級) なし
精神障がい者 手帳	あり (級) なし
療育手帳	あり (判定) なし
保険証・番号	国保・共済・協会けんぽ・組合けんぽ・後期高齢者 その他 () 本人・家族 記号 番号
自治会・ 町内会名	
避難場所	

緊急連絡先

氏名（ご自身との関係）	住所・電話番号
()	() —
()	() —

健康状態などについて

病名	
合併症	
アレルギー	あり () なし
移動	自立 杖 車椅子 全介助
食事	自立 一部介助 全介助 普通食 軟食 とろみ ミキサー 経管栄養 IMH
排泄	自立 一部介助 全介助 ポータブルトイレ オムツ 尿器 留置カテーテル 導尿
意思伝達	できる ・できない ()
災害時に配慮してほしいこと等	

治療薬・使用方法（薬剤名・用法・用量・注意等）

※薬局でもらう薬剤説明書を一緒に保管ください

医療処置について

	有・無	設定値・必要物品等
点滴管理 (末梢・IVH)		
酸素療法		酸素量
経管栄養 (経鼻・胃ろう)		経管栄養剤
気管切開		
人工呼吸器		
痰吸引		
膀胱留置カテーテル		
自己導尿		

※ 1年に1回は記載内容の見直しをおこなひましょう。

※ ご不明な点は瀬戸保健所までご連絡ください。

0561-82-2157（直通）

緊急時の関係機関連絡先

医療機関 (専門医)	医院名	主治医	電話番号
医療機関 (かかりつけ医)			
かかりつけ 歯科医			
かかりつけ 薬局	薬局名		
医療機器会社	会社名	担当者	
介護支援事業所		ケアマネジャー	
訪問看護		担当者	
障害福祉サービス 事業所名			
相談支援事業所			

記入日（平成 年 月 日）

更新日（平成 年 月 日）

（平成 年 月 日）