

避難所

○施設名

○避難経路

移動時に注意すること

緊急医療手帳

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、
最寄りの医療機関に運んでください。

記入日 年 月 日

ふりがな

氏名

基 本 情 報

ふりがな 氏名	
生年月日 ・ 年齢	年 月 日生()歳
住所	
電話番号	

医 療 情 報

病名 ・ 合併症	
血液型	A ・ B ・ O ・ AB 型(Rh + ・ -)
アレルギー	あり ・ なし

薬の情報

○内服中の薬剤

○禁忌の薬剤

医 療 機 器 情 報

人工呼吸器		自発呼吸		あり・なし	
機器・機種			カニューレ サイズ(内径)	mm	
装着時間	常時		～		時
バッテリー	内部バッテリー	()時間			
	充電済み 外部バッテリー	あり()時間・なし			
換気モード			1回換気量		
Fio2			換気回数		
トリガー感度			PEEP圧		
I/E比			気道内圧上限		
酸素	要・不要		酸素投与量	L/分	
吸 引	口腔内 ・ 気管内 ・ 鼻腔内				
	吸引チューブサイズ			Fr	
	頻度	昼間	回/日	夜間	回/日
栄 養	種類				
	摂取量	ml/日			回/日
排 泄	排尿	回/日		排便	回/日
	バルーンカテーテルサイズ			Fr	
酸素療法	安静時	吸入量	L/分	装着時間	～
	労作時	吸入量	L/分	ボンベ 保管場所	

緊急連絡リスト

優先順位	名前	続柄	連絡先

優先順位	名称	施設名・担当者	連絡先
	かかりつけ医		
	専門病院		
	訪問看護 ステーション		
	居宅介護 支援事業者		
	ヘルパー ステーション		

名 称	会 社 名・担 当 者	連 絡 先
人工呼吸器 取扱業者		
在宅酸素 取扱業者		
避難支援等 関係者		

医 療 情 報

特定医療費支給 受給者証	受給者番号
身体障害者手帳	種 級
介護保険被保険者証	要支援 1 2
	要介護 1 2 3 4 5
健康保険証	種別：国民健康保険 後期高齢者 協会けんぽ 健康保険組合 共済 その他() 保険証番号
その他	