

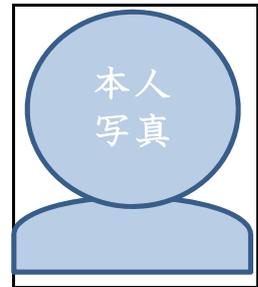
本人情報シート 【記入例】

作成日 平成28年 12月 15日
更新日 平成29年 12月 8日
更新日 年 月 日

← 現在飲んでいる薬など、常に新しい情報に更新しましょう

氏名	ふりがな	いその いそたろう		(男・女)	生年月日	明治・大正・ 昭和 ・平成	
	磯野 磯太郎		西暦			10年 5月 8日	
住所	〒235-0011 磯子区 磯丸町5-10-14 磯丸ハイツ312				電話番号	(自宅) 750-****	血液型
						(携帯) 090-****-****	
家族知人等連絡先	氏名 (連絡のつきやすい順で)	続柄	電話番号		住所		
	1 磯野 太一	長男	(自宅) 080-8***-7*** (携帯) 042-***-****		東京都立川市***町 ***		
	2 鈴木 磯子	妹	(自宅) 090-8***-7*** (携帯) 02**-**-****		群馬県利根郡***村 ***		
	3 向三軒 両隣子	知人	(自宅) 045-***-**** (携帯) 090-8***-7***		磯丸町5-10-14 磯丸ハイツ***		
公的保険関係	医療保険証 (コピーでも可)				介護保険証 (コピーでも可)		
	被保険者番号: 記号 **** * * * * * * * * 番号 * * * * * * * *		被保険者番号: * * * * * *		被保険者番号: * * * * * *		
	保険者番号: 1 * * 0 * *		保険者番号: * * * * * *		保険者番号: * * * * * *		
※生活保護を受給している場合は右にチェック <input type="checkbox"/>							
現在治療中の病気	病名	飲んでいる薬	医療機関名		電話番号		
	高血圧 脳梗塞	ノルバスク ワーファリン	* * * * 内科		7 * * - * * * *		
※お薬手帳・説明書のコピーでも可							
ケアマネジャー・包括担当者など	(会社名) * * 地域包括支援センター				介護度	要介護()	
	(担当者) 梅 * * * 子		(電話番号) 045-***-****			要支援(1)	
訪問看護ステーション	(会社名) * * 訪問看護ステーション				アレルギーの有無		
	(担当者) 磯 * 花子		(電話番号) 045-***-****		(有)・無 (原因) サバ等の青魚		
特記事項	《今までの病気や治療など》(裏面にも書けます。) 平成19年12月脳梗塞で* * * 病院 入院治療。現在2か月に1回受診。 いつもは、* * * * 内科で薬を処方してもらっている。						
同意欄	緊急時や災害時など利用者の状況を把握する必要がある時は、救急医療情報キット内のすべての情報を、警察や消防、搬送先の医療機関など必要な範囲で関係者に提示することに同意します。 平成28年 12月 15日 氏名 磯野 磯太郎						

裏面もあります



特記事項追加欄

《表面の特記事項の続きをお書きください。》

<記載例 1>

平成20年 糖尿病でインシュリン自己注射をはじめる。1か月に1回 **病院受診。

平成21年2月 心筋梗塞で**病院 入院治療。

発作時、***病院へ救急搬送することについて主治医の了解を得ています。

長男の携帯電話が通じない場合、勤め先はA会社（TEL 03-****-****）です。

<記載例 2>

身体障害者手帳2級所持、

平成16年、ペースメーカー埋め込み、3か月に1回、**病院受診。

平成19年、脳梗塞により軽度左麻痺 2か月1回、**センター病院受診。

いつもは、***診療所で薬を処方してもらっています。

<記載例 3>

同居の次男（磯野*男 34歳）は、愛の手帳A 2所持。知的障害者。

次男は、てんかんがあり1か月に1回 **病院へ通院中。

てんかん発作時、**病院へ救急搬送することについて主治医の了解を得ています。

親の緊急時は、***センター（TEL ***-****）の***さんに連絡を取り、

ショートステイをお願いすることになっています。

※搬送先の医療機関を決めるにあたり、ご本人の状態やかかりつけ医療機関の受入体制等の理由により、本シートに記載された医療機関に搬送されない場合があります。また、「特記事項」にご要望等を記載された場合にも、必ずしもその記載内容どおりに実行できない場合もありますのでご了承ください。