救急あんしんカード　（平成　　年　　月　　日作成）

この情報は、医療のために救急隊と搬送先医療機関が活用するとともに、介護保険サービスのために、入院先医療機関と介護支援専門員等が活用します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |   | 生年月日 | （明・大・昭・平） | 1.総合支援事業 |
| 氏名 | 　　　　　　（男・女） | 　年　　　月　　　日生 | 2.要支援（Ⅰ・Ⅱ） |
| 3.要介護（Ⅰ･Ⅱ･Ⅲ･Ⅳ･Ⅴ） |
| 住所 | 〒 | 自宅電話 |  | 携帯電話 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急連絡先 | 名　前 | 続柄 | 住　所 | 自宅電話 | 携帯電話 | 職場電話 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| かかりつけ | 施設名・事業所名市町名・保健所名 | 診療科及び主治医名ケアマネジャー名・保健師名 | 電　話 |
| 病　 院医　 院 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 薬　 局 |  |  |  |
| 介護支援事業所 |  |  |  |
| 担当保健師 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 治療中の病名 |  | ふだん飲んでいる薬 | ※薬の説明書をこのカードと一緒に保管しておきましょう |
| 手術した病気（時期、病院名） |  |
| アレルギー（薬・食物） |  |
| 特記事項(あてはまる□に ☑ を) | * 糖尿病です
* エピペンを持っています
* 人工透析をしています
* 血が固まりにくくなる薬を飲んでいます
* その他（他の病気、家族の事情など）
 |

北空知地域医療介護確保推進協議会・深川市・妹背牛町・秩父別町・北竜町・沼田町