

安心カード（急変時・災害時対応版）の調査票

別添1-2⁽²⁾
(年 月 記入)

★フリガナ

★生年月日 ○ M O T O S 年 月 日

★氏名

★性別 ○ 男 ○ 女 ★年齢 歳

健康保険証
番号

介護保険
被保険者番号

0	0	0							

★電話番号

ファックス番号

★携帯番号

メールアドレス

★住所(居所) 長崎市

町 丁目 番(地) 号

小学校区 ()

医療や介護の状況 あてはまるもの全てにチェック☑し、必要事項を記入してください

現病・既往歴等	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 関節疾患(リウマチ等) <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他()			
自覚症状	痛みの有無 ○ 有 ○ 無 ⇒ <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> その他() もの忘れの有無 ○ 有 ○ 無 気持ちの落ち込み ○ 有 ○ 無			
身体状況	身長	cm	体重	kg
アレルギー	○ あり() ○ なし			
介護★	<input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 補装具使用 <input type="checkbox"/> 車いす使用 <input type="checkbox"/> おむつ使用 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 聴覚障害(難聴 重度) <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 発語障害(重度) <input type="checkbox"/> 視覚障害(重度) <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> その他()			

家族の状況

世帯★	<input type="radio"/> 独居 <input type="radio"/> 同居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯、あなた以外に 人、うち昼間在宅 人) ⇒ <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> その他()			
緊急連絡先★ (第1番目)	氏名	続柄		
	住所	(あなたと同居であれば「同上で可」)		
	電話番号	携帯番号		
緊急連絡先★ (第2番目)	氏名	続柄		
	住所	(あなたと同居であれば「同上で可」)		
	電話番号	携帯番号		

医療や介護の支援者

かかりつけ医★	医療機関名	電話番号
	医療機関名	電話番号
かかりつけ薬局★	薬局名	電話番号
居宅介護支援事業所★	事業所名	電話番号

