

記入例

難病患者のための

緊急医療手帳



記入することがわからない場合は医師や介助者等に相談を。

災害時(緊急時)のお願い

私は重い病気のため、日常的に医療・介護が必要です。

私が倒れている場合は、最寄りの医療施設に運んでください。

すぐに中を読んでください。

避難所等での支援や介護等の参考にしてください。

ふりがな しずおか たろう

氏名： 静岡 太郎

静岡県健康福祉部

記入日 25年 5月 1日

療養者の基本情報

病名	筋萎縮性側索硬化症 (ALS)
生年月日・年齢	明・大 昭・平 12年 3月 4日(75歳)
住所	静岡市葵区追手町9-6
電話番号	TEL: 054-221-3393

身体状況

血液型	A・B・O・AB (RH +・-)
アレルギー	有() 無
薬	
食物	そば
備考 (その他気をつけたほうがいい項目)	

医師等に確認して記入してください。

【搬送時の留意事項】

項目	状態	医療処置等
移動	自立・ 要介助	ストレッチャー ・ 車椅子 ・ その他 ()
コミュニケーション	会話 その他	意思伝達装置
吸引	無・ 有	口腔内 気管内 鼻腔内 8 P 医療情報の欄参考
呼吸状態	障害 無 障害 有	酸素療法 呼吸器使用 P 医療情報の欄参考

【保険証等の状況】

特定疾患医療受給者証	受給者番号 0800000
身体障害者手帳	2
重度心身障害者医療費資格者証	受給資格番号
介護保険被保険者証	要支援 1 2 要介護 1 2 3
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： 12345678

持っている保険証等の情報を記入してください。

【緊急連絡先一覧】

名称	氏名又は施設名	固定電話・携帯電話・メールアドレス等	
家族・親族	続柄 息子	静岡 一郎	090-XXXX-XXXX
	続柄 妻	静岡 花子	054-221-3393
	続柄 実妹	茶畑 良子	054-XXX-XXXX
	続柄		
医療機関・事業所	かかりつけ医	●●診療所 鈴木医師	054-●●●-●●●●
	専門病院	□□総合病院	05X-□□□-□□□□
	訪問看護ステーション	訪問看護ステーション ▲▲ 山田さん	054-▲▲▲-▲▲▲▲
	居宅介護支援事業者	★★ケア 田中さん	054-★★★★-★★★★
	ヘルパーステーション	ヘルパーステーション ■■■ 佐藤さん	054-■■■-■■■■■ stationXXX@shizuoka.co.jp

(事業所)

名称	事業所名	連絡先(TEL・メールアドレス等)
人工呼吸器 取扱い業者	◆◆(株)静岡支社	054-◆◆◆-◆◆◆◆
在宅酸素 取扱い業者	(株)◎◎中部支社	090-◎◎◎◎-◎◎◎◎

(地域)

名称	担当者又は施設名	連絡先(TEL等)
民生委員	富士 晴子	090-XXXX-XXXX
避難支援者	駿府 次郎	054-XXX-XXXX
避難支援者		
避難所	静岡市立××小学校	054-XXX-XXXX
救護所		

(行政)

担当部署	担当課(者)名	連絡先(TEL等)
保健所	〇〇〇〇課	054-249-XXXX
市 町	福祉担当課	054-XXX-XXXX
	防災担当課	054-XXX-XXXX

(その他)

電力会社	連絡先(TEL等)
中部電力静岡支社	XXXX-XX-XXXX

【薬の情報】

(25年5月1日現在)

使用中の

薬 剤

『お薬手帳』等を参考に
現在使用している薬剤を
記入してください。
お薬手帳を持っていない
場合は医師と相談して
記入してください。

禁忌薬剤

医師に確認して記入し
てください。

【医療機器の情報】

記入日 25年 1月10日

人工呼吸器

自発呼吸 **有** ・ 無

方法・機種	<input checked="" type="checkbox"/> TPPV (気管切開による侵襲的陽圧換気療法) <input type="checkbox"/> NPPV (鼻マスクによる非侵襲的陽圧換気療法) 機種: メーカー 機種名		
装着時間	常時 (24 時間) ・ 時間を決めて (時～ 時まで)		
バッテリー	内部バッテリー	有 (時間) ・ 無	
	充電済み外部バッテリー	有 (時間) ・ 無	
設定値	換気モード	機器の使用説明書や介護 を行っている訪問看護ステーション等に確認して記入 してください。	
	1回換気量		
	換気回数		
	吸気時間		
	トリガー感度		
	PEEP 圧		
	IPAP/EPAP		/
	酸素		要 ・ 不要
酸素投与量	リットル/分		

吸引の状況 **要** ・ 不要

吸引	口腔内 ・ 気管内	鼻腔内
	カニューレ	Fr
頻度	昼間	回/日
	カフェ	

介護を行っている方(訪問看護ステーション等)に確認して記入してください。

酸素療法の状況 **要** ・ 不要

安静時又は就寝時	吸入量	リットル/分
	吸入時間	
労作時	吸入量	
	吸入時間	
酸素ボンベ	保管場所	
	保管本数	本

介護を行っている方(訪問看護ステーション等)に確認して記入してください。

【生活の状況】

移動 介助 **要** ・ 不要

介助の方法 杖 ・ **車椅子** ・ ストレッチャー

注意事項 **車椅子へ自力で乗ることができない。**
介護を行っている方(ホームヘルパー等)に確認して記入してください。

コミュニケーション 会話 ・ **その他**

その他の方法 筆談 ・ 手話 ・ 文字盤
意思伝達装置

具体的事項 **普段は意思伝達装置を使用。**
装置がない場合は文字盤で目の動きを読み取る。

栄養 経口 ・ **経管**

介助の有無	要介助 ・ 自立
経口	食事内容 流動食 ・ きざみ ・ 普通
	食事制限 カタ塩
経管	方法 その他
摂取量	ml/回 回/日

介護を行っている方(訪問看護ステーション等)に確認して記入してください。

排泄 **要介助** ・ 自立

排尿	方法 オムツ ・ 膀胱カテーテル留置 ・ 自己導尿 ・ 膀胱ろう経
	通常量
排便	カテーテル
	方法
通常量	
便の状態	普通 ・ 下痢 ・ 便秘 (服薬有 (薬)) ・ なし

介護を行っている方(訪問看護ステーション等)に確認して記入してください。

