

# 2人世帯用シート 記入例



# 救急情報シート



この面にえんぴつでご記入ください。

※は必ずご記入ください

平成 26 年 9 月 1 日現在

※住所	清瀬市 中里5-842	※電話番号	042-492-5111 090-0000-0000 (市子)
-----	-------------	-------	------------------------------------

①			
※ふりがな	きよせ たろう		
※氏名	清瀬 太郎		
※生年月日	明治・大正 昭和・平成	14年 1月 31日	
※性別	男・女	血液型	0型
救急隊員への 伝言など	歩行困難、在宅酸素 など		
ふだんの 健康状態	自立・一部介助・全介助		
要介護認定	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 要支援(1・2)		
障害者手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 身体(3級・障害名 両下肢) <input type="checkbox"/> 知的(度) <input type="checkbox"/> 精神(級)		
持病・ アレルギー など	糖尿病		
服薬内容	インスリン 分かれれば処方箋を記入		
かかりつけ の病院名	市立病院 分かれば 電話番号なども記入		
ケアマネ事 業者等名称	居宅介護事業所		

②			
※ふりがな	きよせ いちこ		
※氏名	清瀬 市子		
※生年月日	明治・大正 昭和・平成	5年 12月 1日	
※性別	男・女	血液型	B型
救急隊員への 伝言など	耳が聞こえづらい など		
ふだんの 健康状態	自立・一部介助・全介助		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) <input checked="" type="checkbox"/> 要支援(1・2)		
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体(級・障害名) <input type="checkbox"/> 知的(度) <input type="checkbox"/> 精神(級)		
持病・ アレルギー など	高血圧、そばアレルギー		
服薬内容	降圧剤 分かれれば処方箋を記入		
かかりつけ の病院名	××診療所 分かれば 電話番号なども記入		
ケアマネ事 業者等名称	サービスセンター		

※緊急連絡先氏名①	※続柄	※電話番号	住所
ふりがな きよせ はなこ 清瀬 一郎	長男	042-490-0000 090-0000-0000	清瀬市元町 - -
緊急連絡先氏名②	続柄	電話番号	住所
ふりがな なかざと はなこ 中里 花子	長女	03-0000-0000 080-0000-0000	練馬区 町 - -