

# 緊急支援手帳

## 災害時（緊急時）のお願い

私は日常的に医療を継続して  
受ける必要があります



ふりがな		男・女
患者氏名		
生年月日	大・昭・平 年 月 日	歳

( やま折り )

## 緊急時連絡リスト

家族等連絡先		
氏名	続柄	電話番号
災害時の家族の集合場所・避難先		

( やま折り )

( たに折り )

住所	豊橋市 電話 (                      )	
ふりがな		
介護者氏名	続柄 電話 (                      )	
病名		
主な症状		
合併症 既往症		
健康保険証	保険者 記号・番号	
介護認定	非該当・要支援・要介護 (              )	
障害支援区分	非該当・区分 (              )	
障害者手帳	なし・あり (身体・知的・精神)	
日常生活動作 (ADL)	移動：自立・要介助 (              ) 食事：自立・要介助 (              ) 排泄：自立・要介助 (              ) 着替：自立・要介助 (              ) 意思伝達：自立・要介助 (              )	
その他 特記事項		

関係者連絡先	
名称	電話番号
訪問看護ステーション	
かかりつけ医	
急性期病院	
ケアマネジャー（介護支援専門員）	
相談支援専門員	
訪問介護事業所	
医療機器メーカー	
消防署	
電力会社	
豊橋市保健所	39-9140

薬の情報 常用の薬・禁忌薬剤・アレルギー等を記載してください

医療の情報等（治療等・日常生活等において気を付けることを記載してくだ