緊急時の連絡先

関係	関係機関名	連絡先
かかりつけ医		
訪問看護ST		
介護支援専門員		
居宅介護支援事業所		

家族の連絡先

避難場所

緊急支援手帳

（人工呼吸器）

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。

この手帳には必要な医療の情報を
記載していますので必ず内容を確認し
支援して下さい

作成日　　年　　月　　日

氏名　性別

生年月日

住所

電話番号(携帯)

病名・薬

要介護度

認知機能

禁忌薬剤

アレルギー

血液型

コミュニケーションの方法

移動の方法

視力

聴力

人工呼吸器

気管切開

呼吸モード

1回換気量

呼吸回数

アラーム設定

酸素濃度

カニューレサイズ

器具名

メーカー名

業者連絡先

©徳島県看護協会