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**

**（酸素療法）**

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

酸素療法

安静時又は就寝時

吸入量

吸入時間

労作時

吸入量

吸入時間

器具名

メーカー名

業者連絡先

©徳島県看護協会