

| | |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">緊急時の連絡先</p> <p>関係 関係機関名 連絡先</p> <p>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</p> <p>家族の連絡先</p> <p>避難場所</p> | <p style="text-align: center;">災害支援手帳</p> <p>(透析)</p> <p>災害時(緊急時)のお願い</p> <p>私は、日常的に医療を継続して受ける必要があります。</p> <p>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</p> <p style="text-align: right;">作成日 年 月 日</p> |
| <p>氏名 性別</p> <p>生年月日</p> <p>住所</p> <p>電話番号(携帯)</p> <p>病名・薬</p> <p>要介護度</p> <p>認知機能</p> <p>禁忌薬剤</p> <p>アレルギー</p> <p>血液型</p> <p>コミュニケーションの方法</p> <p>移動の方法</p> <p>視力</p> <p>聴力</p> | <p>透析条件</p> <p>透析方法</p> <p>透析回数</p> <p>透析時間</p> <p>ダイアライザー</p> <p>血液流量</p> <p>血液型 体重(ドライウエイト)</p> <p>器具名</p> <p>メーカー名</p> <p>業者連絡先</p> |