

私は、救急搬送時この個人基本シートにある個人情報、救急隊と搬送先の医療機関及び入所等施設長に提供し、救急医療及び災害時の支援活動に活用することに同意します。

フリガナ		性別	入居年月日	年 月 日
お名前	①	男・女	生年月日	M・T・S
				年 月 日生 (歳)
住所	〒 - 市			TEL: - -

医療保険		傷病名等			
保険の種類		血液型	O・A・B・AB型 RH(+・-)		
被保険者番号		飲み薬	有・無	血圧 心臓病 糖尿病 その他()	
有効期限	年 月 日～ 年 月 日	ぬり薬・はり薬	有・無	心臓病 皮膚疾患 その他()	
資格取得年月日	年 月 日	注射など	有・無	インスリン(糖尿病) その他()	
発効期日	年 月 日	服薬管理	自分でできる・自分でできない		
負担割合		大きな病気をしたことがありましたらご記入ください	既往症	受診時期	受診医院名
公費負担適用	有・無			年 月頃	
障害者手帳	有・無 ()			年 月頃	
主治医(かかりつけ医)	電話番号 ()			年 月頃	

介護保険		A D L			
介護度	要支1・2、要介1・2・3・4・5	立位	自立	一部介助	全介助
有効期限	～	座位	自立	一部介助	全介助
保険者		歩行	自立	一部介助	全介助
被保険者番号		食事	普通	きざみ	ミキサー
生活保護受給	有・無	排泄	自立	一部介助	全介助
利用者減免	有・無	入浴	自立	一部介助	全介助
その他公費受給		視力	見える・見えにくい(左・右)・殆ど見えない(左・右)		
ケアマネジャー	電話番号 ()	聴力	聞こえる・聞えにくい(左・右)・殆ど聞えない(左・右)		
		コミュニケーション	意思表示(可・否)・会話(可・否)・理解(可・否)		

氏名	続柄	緊急連絡(電話番号)		連絡先住所
		携帯	- -	
		電話	- -	
		他	- -	
		携帯	- -	
		電話	- -	
		他	- -	
		携帯	- -	
		電話	- -	
		他	- -	

※入所施設等職員若しくは、ご本人のご家族、ご親族(関係者)が、搬送先医療機関に早急に伺います。
 ※この用紙は、ご本人若しくは、ご本人のご家族、ご親族(関係者)にお返しください。