




# 大和高田市緊急支援体制表

～ あんしんノート ～

年 月 日記入



ご本人のお名前	
年 月 日生	住所：大和高田市

かかりつけ医①	医院 病院	科	先生	電話
かかりつけ医②	医院 病院	科	先生	電話
かかりつけ 歯医者	歯科医院 クリニック		先生	電話
かかりつけ 薬局	薬 局		(お薬手帳) ある・なし	電話
すぐに 連絡して ほしい人	お名前		ご関係	電話 
	お名前		ご関係	電話 
	お名前		ご関係	電話 

家族 ・ 親 戚	お 名 前	続 柄 ご関係	自 宅 電 話	ご 住 所
			携 帯 電 話	

ご近所・市役所等の連絡先 <small>*了承を得てご記入ください。</small>	関係	氏名	電話	備考
	町総代・自治会長			
	民生児童委員			
	近所・友人等			
	ケアマネジャー			
大和高田市役所	課( )	0745-22-1101	8:30~17:15	
	課( )	0745-22-1110	夜間・早朝・休日	



今、治療中の病気	飲んでいる薬	薬を飲んでいる時間	医院・病院（電話）
		朝・昼・夕・眠前 時・時・時 ( )	( )
		朝・昼・夕・眠前 時・時・時 ( )	( )
		朝・昼・夕・眠前 時・時・時 ( )	( )
		朝・昼・夕・眠前 時・時・時 ( )	( )
		朝・昼・夕・眠前 時・時・時 ( )	( )

今は治療していないが、これまでかか ったことのある病気（既往歴）	病名	いつごろ

医療保険証 の記録	国保・後期・社保・その他 記号・番号：	(○をつけてください。)

『大和高田市緊急支援体制表』記入上の注意

- ・ 緊急時、救急隊等が、病院へ搬送する際に必要と思われる情報を日頃から書き込んでおいてください。
- ・ 冷蔵庫や電話の前等、目に付くところに貼ってください。
- ・ 連絡先のお名前などをご記入される場合は、事前に、直接ご本人に 了承を得ておいてください。
- ・ 保険証の写しやお薬の一覧表を入れておきましょう。

☆薬の情報や名刺など必要なものを貼ってください。

☆ 救急車が来たときに伝えたいことがあれば、ご記入ください。

☆ わかる範囲で、当てはまるものにチェックし、書きとめておいてください。

- 糖尿病でインスリンをうっている。
- 心臓にペースメーカーを入れている。
- 血をさらさらにする薬を飲んでいる。(薬の名前： \_\_\_\_\_ )
- 透析とうせきをしている(週 \_\_\_\_\_ 回、医療機関名： \_\_\_\_\_ )
- 喘息などの発作がおこることがある。
- 胸が苦しくなることがある。(息がしにくい・胸が痛い 等)
- 寝るときに睡眠薬を飲んでいる。
- 耳が聞こえにくい(難聴)。
- 耳が聞こえない(手話や筆談でのコミュニケーションが必要)
- 目が見えない。
- 言葉が話しにくい。
- 特定疾患(難病): 病名( \_\_\_\_\_ )、公費負担(あり・なし)
- 障害手帳の有無 ( 有 ・ 無 )
- その他