

# フェイスシート

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名			
T S H 年 月 日生( 歳)			
〒			
住所			
TEL			
緊急連絡先	①	氏名	( 歳) 続柄
		住所	TEL
	②	氏名	( 歳) 続柄
		住所	TEL

使用中医療機器	在宅酸素( L/分 ) ・ ペースメーカー ・ その他( )
	透析( 腹膜 血液 ⇒シャント 右 ・ 左 透析日: 月 火 水 木 金 土 日 )
アレルギー・禁忌薬	食べ物( ) 薬( ) その他( )
備考	

介護保険	被保険者番号	保険者番号		
	要介護度	有効期間		認定日
		H 年 月 日 ~ H 年 月 日	／	／
		R 年 月 日 ~ R 年 月 日	／	／
		R 年 月 日 ~ R 年 月 日	／	／

医療保険 ( 国保 健保 共済 生保 無保険 後期高齢者 その他 )			
保険者番号		被保険者番号	
保険負担割合	割	公費負担医療	
身障手帳 無 申請中 不明 有( 種 級 年 月 日交付)			
同意欄	救急医療等の緊急時で利用者の情報を把握する必要があるときは、本シートの情報を救急隊や搬送先の医療機関等が活用することに同意します。		
	_____年 月 日 氏名 _____		

( 記入日 年 月 日 )