

ご本人の情報	ふりがな		性別	男・女	生年月日	T・S 年 月 日
	お名前					【 歳 】
	ご住所	ご住所 京都市中京区	ご本人 連絡先	自宅 075 - -		
				携帯 - -		
	同居家族	☐ ひとり暮らし ☐ 同居人あり → 全員65歳以上ですか？ ☐ はい ☐ いいえ			ペット	☐ いない ☐ いる → 種類 【 】
	普段の行きつけ場所	☐ なし ☐ あり → 以下にご記載ください 【 】				
医療の情報	通院中の病気	☐ なし ☐ あり → 該当の病名に☑してください ☐ 高血圧症 ☐ 高脂血症 ☐ 糖尿病 ☒ 狭心症 ☐ 心筋梗塞 ☐ 脳梗塞・脳出血 ☐ パーキンソン病 ☐ 認知症 ☐ 気管支喘息 ☐ 気管支線喘息 ☐ 慢性閉塞性肺疾患 ☐ 肺炎 ☐ 胃潰瘍 ☐ 甲状腺機能亢進症/低下症 ☐ 変形性膝関節症 ☐ リウマチ ☐ 脊椎間狭窄症 ☐ 難聴 ☐ 視力低下 ☐ うつ病 ☐ がん ☐ その他 【 】				
	使用薬剤	☐ なし ☐ あり → 薬剤名記載				
	かかりつけ医の病院・医院	☐ なし ☐ あり → 医療機関名 診療科 主治医氏名 電話番号 - -				
	アレルギー	薬 ☐ なし ☐ あり → 【 】 食品 ☐ なし ☐ あり → 【 】				
	介護認定	以下、該当箇所に☑してください ☐ 未申請 ☐ 申請中 要支援 → ☐ 1 ☐ 2 要介護 → ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5				
	障害者手帳等	☐ なし ☐ あり → ☐ 身体 ☐ 精神 ☐ 療養 ☐ 難病 【 種類 】				
	担当ケアマネジャー	氏名 【 】 電話番号 【 - - 】 事業所名 【 】				

避難時の情報	避難時に配慮して欲しい事項	あてはまるものすべてに☑してください □医療的ケア（酸素/インシュリン/透析など） □立つことや歩行ができない □物が見えない（見えにくい） □危険なことが判断できない 注意して欲しいこと 【					□音が聞こえない（聞き取りにくい） □言葉や文字の理解が難しい □顔を見ても知人や家族とわからない □その他【					
	ハザードの状況	水害 □浸水想定 ～ m未満の区域 □その他【										
緊急連絡先①	ふりがな			ご本人との関係		連絡先	— —					
	お名前						— —					
	ご住所											
緊急連絡先②	ふりがな			ご本人との関係		連絡先	— —					
	お名前						— —					
	ご住所											
避難の支援をしてくれる方	ふりがな			ご本人との関係		連絡先	— —					
	お名前						— —					
	ご住所											
	ふりがな			ご本人との関係		連絡先	— —					
	お名前						— —					
	ご住所											
避難場所	風水害の避難				地震時の避難							
	□在宅避難 □親族宅 □避難所【 □在宅避難 □親族宅 □避難所【											
もしもの時に	万が一、何らかの理由で死期が近くなった場合、救命、延命のための医療を受けることについてどう思いますか？ 【 複数チェック可 】 □できるだけ救命、延命をして欲しい □延命のみを目的とした医療を行わず自然にまかせて欲しい □苦痛を緩和する医療は受けたい □わからない → 代理で判断する人【											
	私は、緊急時に記載事項が参考にされることに同意します。											
記入日： 令和 年 月 日 更新日： 令和 年 月 日 署名又は代筆： ご本人との関係：												