**緊急時サポートシート**

**※台帳No.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※住民コード |  | 作成年月日 |  | | |
| ふりがな  氏名 |  | 生年月日 |  | | |
|  |
| 性別 | 男・女 | 血液型 | 型 |
| 住所 |  | 電話 | (自宅) | | |
| (携帯) | | |
| 障害者手帳等 | 1.身体障害者手帳（　種　級）　2.療育手帳（　 　）　3.精神保健福祉手帳（　級）　4.難病  障害名・難病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 障害支援区分（ 1・2・3・4・5・6 ）　障害年金（　　級）　自立支援医療（ 更生・精神 ） | | | | |
| 特定疾患（ 有・無 ）　特定疾病（ 有・無 ）　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 利用サービス |  | | | | |
| その他 | 家族構成・生活環境・経済状況・サービス利用状況など本人の生活について記入してください。 | | | | |

※は記入不要です。

【疾病・アレルギー等】

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 疾病名1 | 疾　病　名 |  | | | | | |
| 医療機関名 |  | | | | 電話番号 |  |
| 住　　　所 |  | | | |
| 服　　　薬 | 無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 疾病名2 | 疾　病　名 |  | | | | | |
| 医療機関名 |  | | | | 電話番号 |  |
| 住　　　所 |  | | | |
| 服　　　薬 | 無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 疾病名3 | 疾　病　名 |  | | | | | |
| 医療機関名 |  | | | | 電話番号 |  |
| 住　　　所 |  | | | |
| 服　　　薬 | 無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 身　　長 | cm | 体　　重 | kg | 麻　　痺 | 無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 座位保持 | 可・不可 | 起　　立 | 可・不可 | 立位保持 | 可・不可 | アレルギー | 無・有（　　　　　　） |
| 言　　語 | 話す・簡単な言葉で話す・話さない | | | 移　　動 | 自立歩行・介助歩行・車いす（手押し・電動） | | |
| 視　　覚 | 視える・視えない・矯正装具使用 | | | 聴　　覚 | 聞こえる・聞こえない・補聴器・手話・筆談 | | |
| その他 | 障害や疾病の状況など本人の心身について詳しく記入してください。 | | | | | | |

【緊急連絡先】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急連絡先1 | 氏　名 |  | 関　　係 |  |
| 住　所 |  | 電話番号 |  |
| 緊急連絡先2 | 氏　名 |  | 関　　係 |  |
| 住　所 |  | 電話番号 |  |
| 緊急連絡先3 | 氏　名 |  | 関　　係 |  |
| 住　所 |  | 電話番号 |  |
| 緊急連絡先4 | 氏　名 |  | 関　　係 |  |
| 住　所 |  | 電話番号 |  |
| 緊急連絡先5 | 氏　名 |  | 関　　係 |  |
| 住　所 |  | 電話番号 |  |
| 緊急連絡先6 | 氏　名 |  | 関　　係 |  |
| 住　所 |  | 電話番号 |  |
| そ　の　他 |  | | | |

【緊急受け入れ先での配慮】

|  |
| --- |
| 食事・居住環境など配慮が必要なことがあれば記入してください。 |

【緊急時の対応】

|  |
| --- |
|  |
|  |

今後サポートを受けるために、上記内容を関係機関に情報共有することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | 印 |
| 代理人 | 印 |