

フェイスシート

フリガナ	性別	男 ・ 女
氏名		
M T S 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	／	／
		H 年 月 日 ~ H 年 月 日	／	／
		H 年 月 日 ~ H 年 月 日	／	／
		H 年 月 日 ~ H 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)			

(記入日 年 月 日)

主治医	
医療機関名	
医師名	
住所	
電話番号	

緊急時対応医療機関		救急車要請: 119
①	医療機関名	
	電話番号	
②	医療機関名	
	電話番号	

ケアマネジャー	
事業所名	
担当者	
電話番号	

訪問看護ステーション	
事業所名	
電話番号	

その他連絡先	
事業所名	
電話番号	