**別紙１**

**情報連絡シート（高齢者施設用）**

**記載日　　　年　　月　　日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | （男・女） | 生年月日 | （M・T・S　　年　　月　　日　　　歳） |
|  |  | 電話番号 |  |
| 普段の状態 | 日常生活自立度 | 障害 | J1　 J2　 A１ 　A２　 B１ 　B２ 　C１ 　C２ |
| 認知度 | Ⅰ　　Ⅱa　　Ⅱb　　Ⅲa　　Ⅲb　　Ⅳ　　M |
| 身体状況 | 麻痺 | 無 ・ 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 普段の意識状態 |  |
| キーパーソン | 同居家族等 | 無　・　有　　（連絡のつく時間帯等を含めて記載） |
| 連絡先 |  | 氏名 | 続柄 | 住まい（同居か否か） | 緊急時の連絡先（できれば自宅と携帯の両方） |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| 医療・介護連携機関 | 連絡先 | 医療機関名 | 担当主治医 | 代表番号 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 病歴 |  |
| お薬手帳 | 有 | 無（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| アレルギー | 無 | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 入居施設の連絡先 | 施設名称 | 担当者氏名 | 電話番号 |
|  |  |  |
|  |  |
| 備考（特に救急隊に伝えたいことがあれば記載願います） |  |

**※情報連絡シートはコピーしてお使いください**