**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**