



# 備えてあんしんカード

記入年月日 202 年 月

年 1 回の確認で、「備え、ヨシ！」

あなたの備えで、未来は変わります。  
保険証などといっしょに、携帯しましょう。

氏名	(フリガナ)	性別	男・女
生年月日	大・昭 年 月 日 ( 歳) 平・令		
血液型	型	集落	小組合
住所	与論町		
電話			

緊急連絡先	氏名	携帯 ( )	-
	(続柄)	住所	
	氏名	携帯 ( )	-
	(続柄)	住所	
	氏名	携帯 ( )	-
	(続柄)	住所	
そのほか(伝えたいこと・必要な援助・家族の決まりごとなど)			

この用紙には多くの個人情報に記載されますので、  
ご自身の判断と責任においてご利用ください。

かかりつけ医等	施設名	電話
	施設名	電話
常用薬	<input type="checkbox"/> 有... <input type="checkbox"/> ｲﾝｼﾝ <input type="checkbox"/> 血液サラサラ <input type="checkbox"/> その他 <small>※薬剤情報提供書を同封して下さい</small> <input type="checkbox"/> 無	
持病	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無	障害手帳 身体(肢・視・聴覚) ・知的・精神

身体状況	移動	<input type="checkbox"/> 自力で歩ける <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 担架
	食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 一部に介助が必要 <input type="checkbox"/> すべてに介助が必要
	トイレ	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部に介助が必要 <input type="checkbox"/> すべてに介助が必要
	風呂	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部に介助が必要 <input type="checkbox"/> すべてに介助が必要
医療処置	麻痺	<input type="checkbox"/> 上肢(右・左) <input type="checkbox"/> 下肢(右・左) <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> その他( )	

<h3>「もしも」の時</h3> <p>重い病気や事故などで、自分の意思を伝えることができない状態になったとき、どのような対応を希望しますか。</p>	
<b>告知</b> 	<input type="checkbox"/> 病名・余命ともに告知を希望する <input type="checkbox"/> 病名・余命ともに告知は希望しない <input type="checkbox"/> その他
<b>延命治療</b> 	<input type="checkbox"/> 人工呼吸や心臓マッサージなど積極的な治療を希望する <input type="checkbox"/> 痛みや苦痛の緩和のみ希望する <input type="checkbox"/> 家族などの判断にまかせる
<b>島外搬送</b> 	<input type="checkbox"/> 島外搬送を希望する <input type="checkbox"/> 島内でできる治療を希望する <input type="checkbox"/> 家族などの判断にまかせる
<b>「口」から食べられなくなったとき</b> 	<input type="checkbox"/> 胃ろう等できる限りの処置を希望 <input type="checkbox"/> 自然に任せたい <input type="checkbox"/> 家族などの判断にまかせる

<h3>「もしも」の時に備えて</h3> <p>家族やあなたの信頼できる人たちと話し合い、記録に残しておきましょう。</p>	
<b>介護を受けたい場所</b>	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院や施設 <input type="checkbox"/> 家族などの判断にまかせる
<b>最期に生活を送りたい場所</b>	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院や施設 <input type="checkbox"/> 家族などの判断にまかせる
<b>わたしが判断できないとき</b>	私の治療方針については、 氏名 ( ) 続柄 ( ) 連絡先 ( ) の意見を尊重して決めてください
話し合った日： 20 年 月 日 話し合った人： 氏名 ( ) (続柄： ) 氏名 ( ) (続柄： )	

消防・救急 <b>119</b>	警察 <b>110</b>
災害時の避難場所	<input checked="" type="checkbox"/> 台風時などに避難する所
	<input checked="" type="checkbox"/> 避難所
	<input checked="" type="checkbox"/> 津波が発生した場合の避難場所
	<input checked="" type="checkbox"/> 家族の決まりごと等

与論町役場(代表・防災担当)

**0997-97-3111**

**【災害時の持ち出し物品】**

- 定期的に飲んでいる薬
- お薬手帳
- 飲料水
- 食料品(2~3日分)
- 携帯電話・充電器
- 洗面用具
- 下着・衣類
- 入れ歯・補聴器・メガネ
- その他

**【支援に関する相談機関・者】**

事業所名:

担当者名:

連絡先 :