

①(新規)・更新・削除

保健福祉支援カード

記載例(表)

②作成日:令和 2年 11月 11日		③作成者:職 民生委員 氏名 見守 太郎			
④住所 伊那市 御園 1234 番地 (御園 区 白山 町 1 組)		ふりがな たかなが いなこ ⑤氏名 高長 伊那子			
電話番号 78 - 4111 有線 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無		生年月日 M・T・S・H 12年 1月 1日生	性別 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女		
⑥民生委員:担当地区 御園白山 氏名 見守 太郎 電話番号 0265-76-3333					
⑦区分	世帯状況	<input checked="" type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者と障害者がいる世帯 <input type="checkbox"/> 障害者がいる世帯 <input type="checkbox"/> その他(同居等)			
	身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 認知症 <input checked="" type="checkbox"/> 虚弱 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 自立(独力外出可)			
	その他	<input type="checkbox"/> 高齢者、障害者が日中独居になる世帯 <input type="checkbox"/> 日中、高齢者、障害者のみになる世帯			
⑧世帯状況	家族氏名 (主介護者に○)	続柄 (当該高齢者等からみて)	生年月日	職業	備考 (勤務先・電話等)
	世帯主 高長 伊那子	本人	S12.1.1	無職	
⑨ 緊急時連絡先 (必ず記入をお願いします。)					
氏名	続柄	住所	連絡先	勤務先	
1 高長 高男	長男	東京都新宿区西新宿 2-8-1	自宅 03-5321-1111 携帯電話 090-1234-5678	勤務先 ○○株式会社 電話番号 03-5320-1000	
2 伊那 長子	長女	長野市大字南長野字 幅下692-2	自宅 026-232-0111 携帯電話 080-9876-5432	勤務先 ○○小学校 電話番号 026-232-1234	
3 伊那 勘太郎	近隣	伊那市荒井3417番 地2	自宅 0265-72-4179 携帯電話 090-0123-3210	勤務先 ○○株式会社 電話番号 0265-78-1111	
⑩災害時における支援など	自分で避難所へ避難することが	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> できない			
	近くに支援者が	<input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない			
	災害時に特別な支援が必要か	<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要(具体的に記入) 〔 歩行が困難のため自力での避難が難しい 〕			

<高齢者の場合にご記入ください>

⑪ 介護保険認定 有 ・ 無 ・ 不明

介護認定がある場合
 居宅介護支援事業所 担当者
 介護支援センター〇〇〇 (ケアマネジャー) 伊那 愛子
 電話番号 0265-78-2222

⑫ 介護予防事業 (脳いきいき教室、筋トレ等) への参加: 希望する ・ 希望しない

⑬ 保健師等の訪問: 希望する ・ 希望しない

<障害がある場合にご記入ください>

⑭ 身体障害者手帳 有 (等級: 1種 1級、障害の部位等: 上肢・下肢・体幹・内部・視覚・ 聴覚・音声、言語) 無

療育手帳 (知的障害) 有 (A1・A2・B1・B2) 無

精神保健福祉手帳 有 (1級・2級・3級) 無

⑮ 聴覚障害がある場合 (緊急時の連絡のため)
 FAX番号 0265-〇〇-×××× メールアドレス △△△△△@□□□

⑯ 障害サービスの利用 有 ・ 無 利用している事業所 〇〇△△、ヘルパーステーション□□

⑰ サービスの計画を立てている事業所 〇〇〇〇 担当者 長谷 高子


<高齢者・障害者共通項目>

⑱ 現在治療中の病気

病名	服薬名	医療機関	電話番号
高血圧症	〇〇〇〇	〇〇〇〇病院	0265-72-1212
糖尿病	〇〇〇〇	〇〇〇〇病院	0265-78-1515

⑲ アレルギーの有無 有 (具体的に 牛乳、そば) 無

⑳ 保健福祉支援カード (写): 同サイズ (救急医療情報キット用) 希望する ・ 希望しない
 縮小サイズ(携帯用緊急連絡先カード用) 希望する ・ 希望しない

情報の提供に承諾をいただいた方の名簿は、市の関係部署で情報共有するとともに、各関係機関へ情報提供することで、日頃からの見守り、避難支援体制の準備を進め、支援の輪を広げていきます。	㉑ カード記載情報提供の承諾
	私は、「緊急時・災害時等に備えた事前対応及び早期対応」、「日頃からの見守り活動」を受ける目的として、本カードに記載されている情報を消防署・警察・社会福祉協議会・地区及び自主防災会・民生委員に提供することを承諾します。 署名 高長 伊那子 

※市担当 処理欄	今後の対応	<input type="checkbox"/> 現状把握 <input type="checkbox"/> 保健師等対応 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター対応 (備考)
	情報提供	<input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 高齢者福祉担当課 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 障害者福祉担当課 <input type="checkbox"/> 消防署 <input type="checkbox"/> 入力
	支援解除日	年 月 日 理由: <input type="checkbox"/> 入力