

(様式8)

在宅療養患者 支援リスト

作成者	市町名	所属	職	氏名
-----	-----	----	---	----

避難所等	氏名	性別	生年月日 年齢	住所・電話 緊急時連絡先	疾患・療養等の 状況	かかりつけ医 訪問看護ステーション	必要な支援				支援者に対する個人情報提供の可否
							医薬品等	介助等	入所等	その他	
			()	TEL 緊急時	病名： ①呼吸 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 人工呼吸器使用 <input type="checkbox"/> 酸素療法 ②移動 自力で(できる・できない) ③コミュニケーション (とれる・とれない) ④療養状況	TEL					
			()	TEL 緊急時	病名： ①呼吸 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 人工呼吸器使用 <input type="checkbox"/> 酸素療法 ②移動 自力で(できる・できない) ③コミュニケーション (とれる・とれない) ④療養状況	TEL					