

マイカード

記載日 年 月 日

医療電源：不要・必要(W)
介助者：不要・必要

1. 基礎情報

ふりがな 氏名	
生年月日	年 月 日(歳) 血液型:
住所(自宅)	
病名	
介護度	無・有 要支援()・要介護()
身体障害者手帳	無・有 (種 級)
介助	【介助者がいる場合】 介助者氏名： (続柄:) 介助者連絡先： 【介助者がいない場合】 必要な介助：移動・排泄・食事・その他()
緊急連絡先	氏名： (続柄:)
	連絡先:

2. 身体の状態

特に問題がない場合は「なし」、問題がある場合は「あり」に○をつけてください。
「あり」の場合は、どのような問題があるのか、該当する内容に○をつけてください。

視覚の状態	なし あり → 全く目が見えない・光がみえる程度・視野が狭い その他()
聴覚の状態	なし あり → 全く聴こえない・補助具があれば少し聴こえる その他()
コミュニケーション	なし あり → ・音声を用いた意思疎通が困難 ・機器使用すれば可能(機器名:) ・その他()

運動	なし あり → 上肢：右・左・両方・その他() 下肢：右・左・両方・その他() 体幹：() その他：()
排泄	なし あり → 移動介助・衣類脱着介助・オムツ・自己導尿 留置カテーテル・ストーマ・その他()
食事	なし あり → 食事形態の工夫が必要・胃瘻・経鼻経管栄養 中心静脈栄養・その他()
呼吸状態	なし・あり()
医療機器の使用	気管切開・人工呼吸器・酸素濃縮器・吸引器(吸痰器)・ その他()
特記事項	精神障害、知的障害等その他特記すべき身体状況があれば記載してください。

3. 現在罹っているもしくは治療中の病気(難病含む)

病名		
具体的な症状		
かかりつけ医	医療機関名	医療機関名
	担当医	担当医
	電話番号	電話番号

