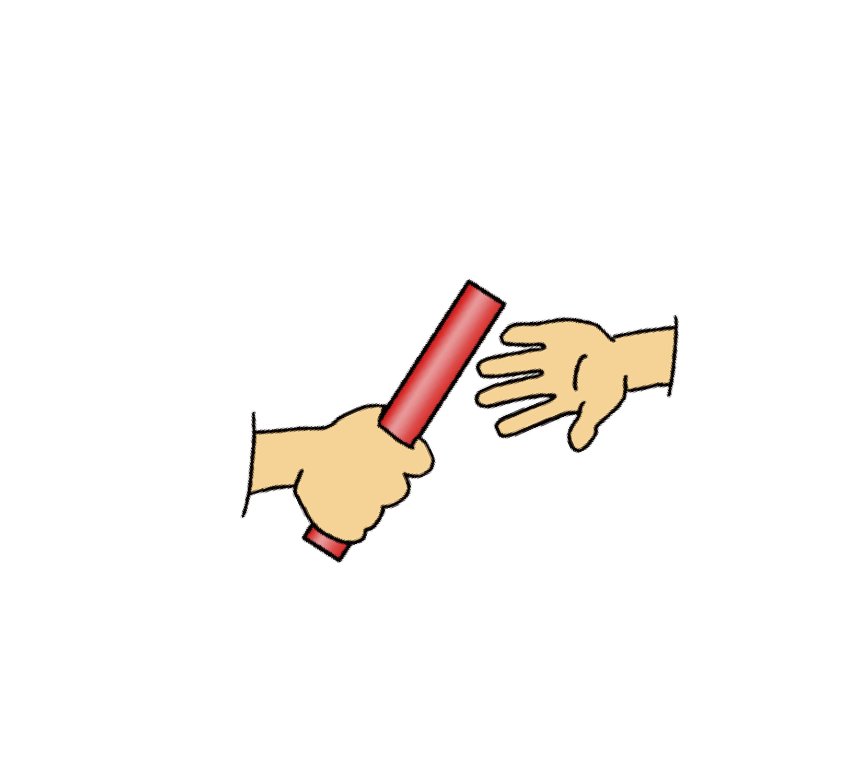
**私が介護できなくなったら　　　　　　　さん**

電話番号

**（　　　　　　　）に、このシートを渡してください**

介護者氏名

記入日　　　　年　　　　月　　　　日



**４.** 介護するときに気をつけてほしいこと

埼玉版

**ケアラーのバトン**

―**緊急引きつぎシート**―

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ４-１ | 服用している薬  ※薬のリスト添付もOK | 薬局名 | |
| ４-２ | 医療・介護機器 |  | |
| ４-３ | 病名・病状  過去の大きな病気 |  | |
| ４-４ | 介護で気をつけることまた、本人が嫌いなもの・こと |  | |
| ４-５ | 本人が好きなもの・大切にしていること |  | |
| ４-６ | アレルギー | ①ない | ②ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**５.** 成年後見人・近所の人・住居など、伝えたいこと

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ５-１ | 成年後見人がいる場合 | 氏名 | 電話 |
| ５-２ | 親しい近所の人 | 氏名 | 電話 |
| ５-３ | 住居のこと | ・家の鍵を持っている人  　・ヒューズボックスの位置  　・水道メーターの位置  ・ガス会社名　　　　　 　　 電話 | |
| ５-４ | 伝えたいことがあれば何でも |  | |

注意：後日、記入事項に変更があった時は二重線で訂正し、訂正日を記してください。

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊ 介護をしている方へ ＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

あなたが介護できなくなった時に、代わって介護（ケア）をしてくれる人に必

要な情報を、この緊急引きつぎシートに記入しておきましょう。

緊急時にすぐわかる所に置いておくか、事前に渡しておくのもいいですね。

ケアラーとは病気や障害、高齢などにより介護（ケア）が必要になった家族などを無償で介護する人を指します。埼玉県では 2020 年 3 月 31 日、『埼玉県ケアラー支援条例』が公布されました。ケアラーを支援する日本で初めての条例です。

　　　　　　発行：認定ＮＰＯ法人 さいたまＮＰＯセンター

　　　　　　発行日：2020年11月20日　　　第１版

　　　　　　助成：令和２年度 生活クラブ生協福祉活動緊急助成事業

**１.** 介護をしているあなたのこと **３.** 介護を受けている人のこと

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連絡事項 | | 内 容 | |
| ３-１ | 要介護者の氏名 | ふりがな □ 男性  氏名 □ 女性 | |
| ３-２ | 生年月日 | 年 月 日 年齢 歳 | |
| ３-３ | 住所  施設入所は名称も記入 | 住所  施設名 電話 | |
| ３-４ | 介護者以外の身近な親族 | ① いる →氏名 要介護者との関係住所  ② いない電話 Eメール | |
| ３-５ | 介護が必要になった主な原因 | ①高齢化 ②認知症 ③身体障害 ④精神障害  ⑤疾病・難病 ⑥その他（ | ） |
| ３-６ | 健康保険証 | ①国民健康保険 ②健保組合、協会けんぽ、共済組合記号 番号  扶養者がいる場合はその氏名（ | |
| ３-７ | 介護保険証 | 保険者 ( 市町村名 ) 要介護度番号 | |
| ３-８ | 障害者手帳 | 手帳名（種類） 等級  番号 | |
| ３-９ | かかりつけ医または訪問診療医 | 医療機関名 医師名  電話 | |
| ３-10 | 訪問看護 | 訪問看護事業所名電話 | |
| ３-11 | 地域包括  支援センター | センター名電話 | |
| ３-12 | ケアマネジャー | 氏名電話 | |
| ３-13 | 介護サービス | 事業所名  電話 内容  事業所名  電話 内容 | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １-１ | 記入者  （介護中の人） | 氏名 | | | | |
| １-２ | 住所 |  | | | | |
| １-３ | 連絡先 | 電話 　 Eメール | | | | |
| １-４ | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 年齢 | 歳 |
| １-５ | 要介護者との関係 |  |  | 要介護者と | □ 同居 | □ 別居 |
|  | 介護者が | **まずこの人に連絡・相談してください！**  氏名 要介護者との関係  ① あり住所  電話 E メール  ② なし | | | | |
| １-６ | 介護できなく |
|  | なった時の |
|  | 緊急連絡先 |

**２.** 介護を引き継いでくれる人のこと

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡事項 | | 内 容 | | |
| ２-１ | 引き継いで  くれる介護者① １-６と同じ人の場合は氏名のみ記入） | 氏名住所電話 | 年齢  Eメール | 歳 |
| ２-２ | 要介護者との関係 |  | | |
| ２-３ | 介護者との関係 |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ２’-１ | 引き継いで  くれる介護者① （１-６と同じ人  　の場合は氏名  　のみ記入） | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年齢　　歳  住所  電話　　　　　　　　　　　　　Ｅメール |
| ２’-２ 要介護者との関係 | |  |
| ２’-３ 介護者との関係 | |  |