



# REDIPLAN ของคุณ

REDIPLAN ของ

## ข้อมูลฉุกเฉินของฉัน

ชื่อสมาชิกในครัวเรือน	หมายเลขสวัสดิการสังคม	หมายเลขเซ็นเตอร์ลิงก์	หมายเลขหนังสือเดินทาง	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี	หมายเลขใบขับขี่	ทะเบียนรถ

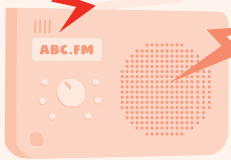
## หมายเลขที่สำคัญของฉัน

	ชื่อ	ความสัมพันธ์	โทรศัพท์	ที่อยู่
สมาชิกเครือข่ายสนับสนุน				
สมาชิกเครือข่ายสนับสนุน				
สมาชิกเครือข่ายสนับสนุน				
ผู้ติดต่อที่อยู่นอกเมือง #1				
ผู้ติดต่อที่อยู่นอกเมือง #2				
อื่น ๆ:				

## บริการที่สำคัญของจีน

	บริษัท	หมายเลขบัญชี	รายละเอียดข้อมูลติดต่อ
ไฟฟ้า			
แก๊ส			
น้ำ			
อินเทอร์เน็ต			
โทรศัพท์			
บริการช่วยเหลือรถเสียฉุกเฉิน			
อื่น ๆ:			

abc.net.au



คลื่นความถี่ ABC ในท้องถิ่นของจีน:

สถานที่นัดพบที่ตกลงไว้ของจีน:

## สถานที่สำรองของจีนที่สามารถอยู่ได้เมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน

ชื่อ	โทรศัพท์	ที่อยู่



ดูขั้นตอนที่ 2 สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารระหว่างที่เกิดเหตุฉุกเฉิน รวมถึงการระบุผู้ติดต่อที่อยู่นอกเมือง สถานที่นัดพบที่ตกลงไว้ และสถานที่สำรองที่สามารถอยู่ได้เมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน

## แผนประกันสุขภาพของฉัน

รายการสนับสนุนทางการแพทย์	ชื่อ	โทรศัพท์	ผู้ติดต่อนอกเวลา	ที่อยู่
แพทย์				
โรงพยาบาลในท้องถิ่นที่พร้อมบริการฉุกเฉินตลอด 24 ชม.				
นักเคมี				
นักทัศนมาตร				
ทันตแพทย์				
อื่น ๆ:				

## อาการป่วย

	ใช่	ไม่ใช่	แผนจัดการกับอาการป่วยในระหว่างและหลังเกิดเหตุฉุกเฉิน
โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ไมเกรน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
เป็นลมบ่อย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
มีความวิตกกังวล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
โรคลมบ้าหมู	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ปัญหาต่อมไทรอยด์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
อาการเวียนศีรษะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
อื่น ๆ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



พิจารณาใช้งานระบบแจ้งเตือนทางการแพทย์ที่สามารถขอความช่วยเหลือได้อย่างง่ายดาย หากคุณไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ซึ่งระบบแจ้งเตือนส่วนใหญ่ต้องใช้สายโทรศัพท์บ้านที่ใช้งานได้ ดังนั้นคุณควรมีแผนสำรอง เช่น โทรศัพท์มือถือหรือวิทยุติดตามตัว ในกรณีที่โทรศัพท์บ้านขัดข้อง



## ยารักษาโรคที่ใช้อยู่

เขียนระบุด้านล่างของกระปุกยาที่คุณกำลังใช้อยู่

อย่าลืมแนบสำเนาบัตรสิทธิลดหย่อนของรัฐบาล บัตรประกันสุขภาพ และใบสั่งยาไว้พร้อมกับแผนนี้ นอกจากนี้ คุณยังอาจต้องมีการระบุว่าคุณเก็บยาไว้ที่ไหนในบ้าน ในกรณีที่คุณต้องอพยพโดยด่วนหรือมีบุคคลอื่นที่ต้องหาอายุให้คุณ

## ยารักษาโรคที่ใช้อยู่

อาการป่วย	ยารักษาโรค	ปริมาณยา	เวลาทานยา	แพทย์ที่สั่งจ่ายยา (รวมถึงรายละเอียดการติดต่อ)	ที่จัดเก็บยาภายในบ้าน

## อุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์

	ใช่	ไม่ใช่	รายละเอียด	วางแผนจัดการอุปกรณ์สำหรับกรณีฉุกเฉิน
คุณใช้อุปกรณ์ใด ๆ ในการช่วยเหลือตนเองหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
รูปแบบและหมายเลขประจำอุปกรณ์ของเครื่องมือแพทย์				
อาการแพ้และ/หรือความไวต่อสิ่งกระตุ้น (อาหาร ยา ฯลฯ)				
กรุ๊ปเลือด				



วางแผนที่จะเตรียมทุกสิ่งที่คุณต้องการให้พร้อมภายในหนึ่งหรือสองสัปดาห์

ซึ่งรวมถึงยาที่คุณใช้เป็นประจำหรืออุปกรณ์พิเศษ (เก้าอี้ รถเข็น แวนตา เครื่องช่วยฟัง) และอุปกรณ์เสริมต่าง ๆ (ชุดปะยางสำหรับรถเข็นวีลแชร์ หรือแบตเตอรี่เสริม)

## ความพิการ

	ใช่	ความพิการของฉันอาจส่งผลต่อความสามารถในการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินได้อย่างไรบ้าง	แผนสนับสนุน
ทางปัญญา	<input type="checkbox"/>		
การเรียนรู้	<input type="checkbox"/>		
เกี่ยวกับคำพูด	<input type="checkbox"/>		
ประสาทสัมผัส	<input type="checkbox"/>		
ทางกายภาพ	<input type="checkbox"/>		
ระบบประสาท	<input type="checkbox"/>		
อื่น ๆ:	<input type="checkbox"/>		

## พินัยกรรมของฉัน

	นายความ	ที่อยู่	โทรศัพท์
สถานที่จัดเก็บพินัยกรรม			

หนังสือมอบอำนาจของฉัน:

## ประกันภัยของฉัน

	ผู้รับประกันภัย	รายละเอียดข้อมูลติดต่อ	หมายเลขกรมธรรม์
บ้านและสิ่งของ			
สุขภาพ			
รถยนต์			
ชีวิต			
การคุ้มครองรายได้			
ธุรกิจ			

See Step 3 for more information about insurance cover.



พิจารณาตามความต้องการเฉพาะของคุณเองและดูว่าเครือข่ายสนับสนุนของคุณจะช่วยเหลือคุณในกรณีฉุกเฉินได้ดีที่สุดอย่างไรบ้าง หากคุณต้องการความช่วยเหลือด้านการอพยพ ให้เขียนคำแนะนำเป็นลายลักษณ์อักษรและตรวจสอบให้แน่ใจว่าเครือข่ายสนับสนุนของคุณทราบถึงแผนนี้ของคุณ ตัวอย่างเช่น “ฉันเป็นโรคเบาหวาน

## รายการสิ่งของสำคัญและแผนของฉันท

รายการสิ่งของ	สถานที่จัดเก็บ	การวางแผนป้องกัน

### ดูขั้นตอนที่ 3 สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการระบุและป้องกันรายการสิ่งของที่สำคัญ

#### แผนเกี่ยวกับสัตว์ของฉันท

ชื่อสัตว์	พันธุ์	หมายเลขไมโครชิป	รายละเอียดการติดต่อสัตวแพทย์/บ้านสุนัข	สถานที่ปลอดภัยในกรณีฉุกเฉิน	อุปกรณ์ที่จำเป็น	แผน

**สัตวแพทย์ท้องถิ่น**

**บ้านสุนัข / ที่พัก**

**การขนส่ง**



ในการวางแผนสำหรับเหตุฉุกเฉิน คุณจะต้องคิดถึงสัตว์เลี้ยง และสัตว์ต่าง ๆ ของคุณ และสิ่งที่สัตว์เลี้ยงเหล่านั้นต้องการในช่วงหนึ่งสัปดาห์หรือมากกว่านั้น ซึ่งรวมถึงอาหาร บัตรประจำตัว ยารักษาโรค การขนส่ง และที่พัก



# หมายเลขที่สำคัญของฉันท

## เหตุฉุกเฉิน

รถพยาบาลดับเพลิงของตำรวจ	000
บริการฉุกเฉินของรัฐ (SES)	132 500
ข้อมูลสารพิษ	13 11 26
Lifeline	13 11 14
BeyondBlue	1300 22 46 36

## ผู้ติดต่อที่สำคัญของฉันท

แพทย์		หน่วยงานดูแลบ้าน	
ทันตแพทย์		คลื่นความถี่วิทยุท้องถิ่น ABC	
สัตวแพทย์		คลื่นความถี่วิทยุท้องถิ่นอื่น ๆ	
ทนายความ		ผู้ติดต่อที่อยู่นอกเมือง	
คณะกรรมการ		หนังสือมอบอำนาจ	
แก๊ส		ผู้รับประกันภัย	
โทรคมนาคม		ธนาคาร	
พลังงาน		บริการช่วยเหลือรถเสียฉุกเฉิน	
น้ำ			



# หมายเลขที่สำคัญของฉัน

## หมายเลขติดต่อสมาชิกในครัวเรือนของฉัน

ชื่อ	ที่ทำงาน	โรงเรียน	มือถือ

## หมายเลขติดต่อเพื่อนบ้าน / เครือข่ายการดูแลส่วนบุคคลของฉัน

ชื่อ	ที่ทำงาน	มือถือ

## หมายเลขติดต่อบุคคลที่สำคัญอื่น ๆ

ชื่อ	ที่ทำงาน	มือถือ



เคล็ดลับ: บันทึกหมายเลขติดต่อเหล่านี้ไว้ในโทรศัพท์ของคุณและถ่ายรูปบัตรไว้ เพื่อให้คุณมีข้อมูลสำคัญทั้งหมดรวมอยู่ในที่เดียว คุณอาจต้องการส่งสำเนาข้อมูลเหล่านี้ให้เพื่อนหรือญาติ เพื่อเก็บไว้ในกรณีฉุกเฉิน