

安心カード

年 月 日記入

ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和・西暦
氏名			年 月 日
性別	男・女	電話番号	

血液型	A・B・O・AB Rh(+-) 血液型不明			
かかりつけ 医療機関①	医療機関名		科目	
	電話番号		担当医	
かかりつけ 医療機関②	医療機関名		科目	
	電話番号		担当医	
現在の病気				
過去の病気				
飲んでいる薬				
アレルギー	なし・あり()			

緊急時の連絡先(家族、親族、友人など)

氏名	本人との関係	住所 (市区町村まで)	電話番号
①			
②			
③			

日常的な支援者(ケアマネジャー、民生委員、友人など)

氏名		本人との関係	
住所 所在地		電話番号	

その他 伝えたいこと	
---------------	--