

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	
---------------	--