

安 心 カ ー ド【※返信不要】

令和 年 月 日記入

ふりがな			生年月日	大正・昭和・西暦 年 月 日
氏 名				
性 別	男 ・ 女	電話番号		

血液型	A ・ B ・ O ・ A B R h (+ -) 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	
---------------	--

このカードに関する問い合わせ先 茨木市福祉部地域福祉課 電話 620-1634