

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	
氏 名				年 月 日	
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	
---------------	--