

# 安心キット 連絡票

以下の記載内容について、私の緊急時に利用することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

## ●本人の情報

氏名 _____	性別 _____	血液型 _____	型 ( )
生年月日 大正・昭和・平成	年	月	日
住所 _____	電話番号 _____		

## ●身体状況

病名 1) _____
2) _____
3) _____
飲んでいる薬 1) _____
2) _____
3) _____

## ●介護保険・身体障害者手帳

介護認定 ( あり ・ なし )
要支援 ( ) 要介護 ( )
ケアマネージャー: _____

身体障害者手帳 ( あり ・ なし )
障害等級 ( )

## ●かかりつけの医療機関

①
病院名 _____
担当科・医師 _____
電話番号 _____

②
病院名 _____
担当科・医師 _____
電話番号 _____

## ●緊急時連絡先

①
氏名 _____
続柄 ( ) _____
住所 _____
電話番号 _____

②
氏名 _____
続柄 ( ) _____
住所 _____
電話番号 _____