

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 _____