

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。

令和 年 月 日 氏名 _____

●本人の情報

ふりがな 氏名		性別	男・女	血液型	型
住所		電話番号			
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日生	

●身体状況

持病		飲んでいる薬			
介護認定	未申請 申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	身障手帳	有・無	有の場合 (種 級) 障がい名 ()	
身体状況 に関わる 特記事項					

●かかりつけの病院（医療機関）

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
名称		
担当科		
電話番号		

●緊急時の連絡先

	緊急連絡先①		緊急連絡先②	
ふりがな 氏名		続柄		続柄
住所				
電話番号	(携帯)		(携帯)	

●その他、緊急時に知ってほしいこと