

救急あんしんカード (令和 年 月 日作成)

この情報は、医療のために救急隊と搬送先医療機関が活用するとともに、介護保険サービスのために、入院先医療機関と介護支援専門員等が活用することに同意します。

(署名：)

※本人署名または氏名欄に押印してください

※代理の場合は署名欄に氏名と続柄等を記載

ふりがな		生年 月日	(大・昭・平) 年 月 日生		
氏名	(男・女)				
住所	〒	自宅 電話		携帯 電話	

緊急連絡先	名前	続柄	住所	自宅電話	携帯電話	職場電話

かかりつけ	施設名	診療科及び主治医名	電話
病院			
医院			
薬局			

治療中の病名		ふ だ ん 飲 ん で い る 薬	※薬の説明書をこのカードと一緒に保管しておきましょう
手術した病気 (時期、病院名)			
アレルギー (薬・食物)			
特記事項 (あてはまる □に ☑を)	<input type="checkbox"/> 糖尿病です <input type="checkbox"/> エピペンを持っています <input type="checkbox"/> 人工透析をしています <input type="checkbox"/> 血が固まりにくくなる薬を飲んでます <input type="checkbox"/> その他 (他の病気、家族の事情など) []		

介護認定のある方は記入して下さい

【介護度等】 1.総合支援事業 2.要支援 (1・2) 3.要介護 (1・2・3・4・5)	ケアマネジャー	担当者名： 事業所名： (電話：)		
	介護支援事業所	事業所名	利用事業	電話番号
市町名・保健所名 ()：保健師名 ()				