

安心シート (緊急時連絡票)

(年 月 日作成)

下記の内容を、消防・医療機関・行政関係者等が活用することを同意の上、記入してください。

ふりがな
お名前

血液型

型・Rh + ・ -

生年月日 明治・大正・昭和・平成・西暦

年 月 日生

住 所 豊中市

電話番号

緊急連絡先	名前		住所		電話番号		続柄
					自宅		
					携帯		
					自宅		
					携帯		
					自宅		
				携帯			
				自宅			
				携帯			
病歴・通院状況	持病や 体質など		アレルギーの有無 有 ・ 無				
	お持ちの手帳		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・ <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		等級	障害名	
	病 院 名		診 療 科	通院している病名			服薬の有無
	電話：		科				有 ・ 無
	電話：		科				有 ・ 無
	電話：		科				有 ・ 無
あなたの担当は		氏名・団体名		住所		電話番号	
ケアマネジャー							
民生委員							
支援・利用施設		利用内容		住所		電話番号	
その他 緊急時に知っていて欲しいこと							

