

平成 年 月 日作成
(平成 年 月 日変更)

写真 添付していただくと 本人確認が確実です		私の情報カード			
		氏名		性別	生年月日
		(ふりがな)		男 女	明・大 (西暦 年) 昭・平 年 月 日
住所			電話番号		
			() -		
			《血液型》 RH + - A B O AB		
かかりつけ医療機関 ①			かかりつけ医療機関 ②		
名称					
電話番号					
	緊急連絡先	続柄	電話番号		住所
優先 せん			自宅		
			携帯		
			自宅		
			携帯		
今の病気 (○をつけてください。項目にないものはその他に記入してください)					
・気管支喘息 ・慢性閉塞性肺疾患 ・心不全 ・虚血性心疾患 ・高血圧 ・高脂血症 ・不整脈 ・脳梗塞 ・くも膜下出血 ・脳出血 ・消化器系疾患 ・肝疾患 ・糖尿病 ・腎不全／透析 ・出血性疾患 ・神経系 () ・産婦人科系 () ・B型肝炎 ・C型肝炎 ・結核 ・アレルギー () ・その他 ()					
<今飲んでいる薬>					
<その他 伝えたいこと>					
支援事業所 (ケアマネ事業所など)			地域ネットワーク委員会事務局		
名称		推進員			
電話番号		(担当)		電話番号	