

安全・安心カード

※ 冷蔵庫に保管してください。

安全・安心カードの情報を、緊急時に民生委員児童委員・ひとり暮らし高齢者等巡回相談員・自治会長・救急隊員・搬送先の医療機関などで活用することに同意の上ご記入ください。

作成	平成	年	月	日
更新	平成	年	月	日

住所	庄原市 町			電話番号	
ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名			携帯番号		
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	血液型
かかりつけ病院・介護事業所	電話番号		住所		
①					
②					
③					
④					
※ 以下の項目は、任意でのご記入といたします。					
主な持病	(例:糖尿病、高血圧等)				
常用している薬					
アレルギー 症名	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			
介護認定	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			
その他					

緊急連絡先				
①	氏名	電話番号	携帯番号	本人との関係
	住所			
②	氏名	電話番号	携帯番号	本人との関係
	住所			