

私の大切な情報

記入日 年 月 日

ふりがな				男 ・ 女
氏 名				
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 (歳)			
住 所	与謝野町字			
電 話	固定電話		・ 携帯電話	
身 長	c m	体 重	k g	血液型 型

介護保険被保険者番号									
健康保険記号番号									
老人保健医療受給者番号									

介護認定 (要支援・要介護)	
介 護 度	有 効 期 間
要支援 () ・ 要介護 ()	年 月 日 ~ 年 月 日
要支援 () ・ 要介護 ()	年 月 日 ~ 年 月 日
要支援 () ・ 要介護 ()	年 月 日 ~ 年 月 日

主な病気やけが	
ア レ ル ギ ー 体 質 無 ・ 有	
食 事 制 限 無 ・ 有	

緊急時の連絡先		
ふりがな		続 柄
氏 名		
住 所		
電 話	固定電話	・ 携帯電話

緊急時の連絡先医療機関	
医療機関	
担当医師	
所 在 地	
電 話	()

ク ア マ ネ ジ ャ ー	名 称	担 当	電 話

くすりの情報

薬剤情報を貼付または挟んで下さい。

薬
剤
情
報
貼
付