

私の大切な情報

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	()			
身長	cm	体重	kg	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									

要 介 護 (要 支 援) 認 定	
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
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	

様式 1 - 1