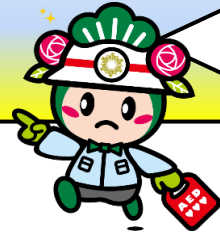


記入日： 年 月 日

更新日： 年 月 日, 年 月 日

# もしもキット




氏 名

住 所 松原市

生年月日 明治・大正 年 月 日 ( 歳)  
昭和・平成

電話番号 性別 男・女

かかりつけ医	受診科	病院名	担当医名	電話番号
				
治療中もしくは治療が必要な病気	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓の病気( ) <input type="checkbox"/> 脳血管の病気( ) <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他( )			
からだの状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 足が不自由 <input type="checkbox"/> 目が不自由 <input type="checkbox"/> 耳が不自由 <input type="checkbox"/> 言葉が不自由 <input type="checkbox"/> 手話通訳を希望 <input type="checkbox"/> 筆談を希望 <input type="checkbox"/> その他(今までにした大きな病気など)( )			
アレルギー	なし ・ あり ( のアレルギーがあります)			
血液型	A ・ B ・ O ・ AB	医療保険	なし ・ あり	

緊急連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号
				(自宅)
				(携帯)
				(自宅)
			(携帯)	

☆該当する場合は記入または○をつけてください。

要介護認定	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
障害者手帳等	身体障害者手帳 [視覚・聴覚・肢体不自由・内部(心臓・呼吸器・腎臓・その他)]
	療育手帳 ・ 精神保健福祉手帳 ・ 難病 ・ 発達障害

私の緊急情報が書いてあります。この情報を、救助者や医療関係者が支援の参考とすることに同意します。

平成 年 月 日 氏名

印