

よろしければ、お写真を
お貼りください。

作成日 平成 年 月 日

基本情報シート

氏名	ふりがな		男・女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日
住所	〒 _____				電話番号			
	泉区							
家族知人等連絡先	氏名 (連絡のつきやすい順で)		続柄	電話番号(携帯電話番号 もお書きください。)		住所		
	1							
	2							
	3							
現在治療中の病気	病名		飲んでいる薬名		医療機関名		電話番号	
要介護度		ケアマネジャー	会社名		氏名			
			電話番号					
アレルギーの有無		有・無 アレルギーの原因(薬・食物・物質等)をお書きください。						
特記事項	《既往症や発病年月、通院病院名、高度医療の希望や伝言など》(裏面にも書けます。)							

同意書

災害時や救急時など利用者の状況を把握する必要があるときは、災害時救急時医療情報キット内のすべての情報を、警察や消防、搬送先の医療機関など本事業の実施に必要な範囲で関係するものに提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名

特記事項追加欄

《表面の特記事項の続きをお書きください。》

要注意：現在飲んでいる薬の情報など、常に新しい情報に更新しましょう。