

わたしの安心シート

記入者

(続柄)

記入日 年 月 日

ふりがな		住所	伊賀市 番地				健康保険証の番号
氏名		連絡先	電話	—	携帯電話	—	種類: 国保・健保・共済・() 記号: 番号:
		性別	生年月日	年齢	血液型	普段の血圧	アレルギーの有無(花粉症、食物など)
		男・女	明・大・昭・平 年 月 日	歳	型 (Rh)	最高 最低	
かかりつけ病院(電話)		かかっている内容(主治医)			支援が必要な内容		
(電話)		(主治医)			既往症・その他特記事項		
(電話)		(主治医)					
(電話)		(主治医)					
(電話)		(主治医)					

緊急連絡先	氏名	続柄	同居・別居	住所又は勤務先	電話	携帯電話
			同・別			
			同・別			
			同・別			
			同・別			
			同・別			

- ・記入内容については、記入についてご理解いただける範囲でお願いいたします。
- ・当シート・保管容器の管理は、各家庭でお願いいたします。
- ・容器と一緒に入れておくもの・・・①わたしの安心シート、②本人写真(裏面に氏名を記入)、③お薬の説明が書かれたもの(できるだけ最新のもの)

わたしの安心シート (記入例)

記入者 伊賀 太郎 (続柄 長男) 記入日 〇〇年 〇月 〇日

ふりがな	いが いちこ	住所	伊賀市 〇〇〇123 番地				健康保険証の番号
氏名	伊賀 市子	連絡先	電話 〇〇-1234	携帯電話	090-1234-0000		種類: 国保 健保・共済・() 記号: 〇〇〇〇〇〇 番号: 〇〇
	性別	生年月日	年齢	血液型	普段の血圧	アレルギーの有無 (花粉症、食物など)	
	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	明・大・ 昭 ・平 2年 3月 4日	歳	A 型 (Rh +)	最高 130 最低 100	・卵アレルギー ・ペニシリン系の薬に薬疹の経験あり	
かかりつけ病院 (電話)	かかっている内容 (主治医)		支援が必要な内容				
〇〇〇病院 (電話) 〇〇-XXXX	内科: 糖尿病、高血圧 (主治医) 〇〇 次郎		・右耳が聞こえない ・車いす利用 ・軽度の認知症				
〇×〇整形 (電話) 〇〇-XXXX	整形外科: 変形性膝関節症 (主治医) 〇×〇先生		既往症・その他特記事項				
(電話)	(主治医)		H20年 高血圧の治療開始 H21年 胃がんにより、〇〇〇病院で胃4分の3切除 H22年 糖尿病の治療開始 〇〇〇病院 ペースメーカー使用・ワーファリン XX事業所〇〇ケアマネジャー担当 など				

緊急連絡先	氏名	続柄	同居・別居	住所又は勤務先	電話	携帯電話
	伊賀 市太郎	長男	同・ <input checked="" type="radio"/> 別	伊賀市〇〇〇123番地	〇〇-XXXX	090-1234-0000
	伊賀 愛子	長男の嫁	同・ <input checked="" type="radio"/> 別	同上	同上	090-0000-1234
	社協 希望	長女	同・ <input checked="" type="radio"/> 別	伊賀市〇〇〇789番地	〇×-1111	090-XXXX-0000
	〇〇 未来	友人	同・別	伊賀市〇〇〇456番地	×〇-2222	090-1234-XXXX
			同・別			

- ・記入内容については、記入についてご理解いただける範囲でお願いいたします。
- ・当シート・保管容器の管理は、各家庭でお願いいたします。
- ・容器と一緒に入れておくもの・・・①わたしの安心シート、②本人写真 (裏面に氏名を記入)、③お薬の説明が書かれたもの (できるだけ最新のもの)