**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）** | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。**

社会福祉法人 伊賀市社会福祉協議会

**・容器に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　○○年　○月　○日** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** | **いが　いちこ** | **住所** | **伊賀市　○○○１２３ 番地** | | | | **健康保険証の番号** |
| **氏　名** | **伊賀　市子** | **連絡先** | **電話　○○－１２３４　　　　　携帯電話　０９０－１２３４－○○○○** | | | | **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**  **２年　３月　４日** | **歳** | **Ａ　型**  **（Rh　＋　）** | **最高　１３０** | **・卵アレルギー**  **・ペニシリン系の薬に薬疹の経験あり** |
| **最低　１００** |
| **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** | | |
| **○○○病院** | | **内科：糖尿病、高血圧** | | | **・右耳が聞こえない**  **・車いす利用**  **・軽度の認知症** | | |
| **（電話）○○―××××** | | **（主治医）○○　次郎** | | |
| **○×○整形** | | **整形外科：変形性膝関節証** | | |
| **既往症・その他特記事項** | | |
| **（電話）○○―×○○×** | | **（主治医）○×○先生** | | | **Ｈ20年　高血圧の治療開始**  **Ｈ21年　胃がんにより、○○○病院で胃４分の３切除**  **Ｈ22年　糖尿病の治療開始　○○○病院**  **ペースメーカー使用・ワーファリン**  **××事業所○○ケアマネジャー担当　など** | | |
|  | |  | | |
| **（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** |
| **伊賀　市太郎** | **長男** | **同・別** | **伊賀市○○○１２３番地** | **○○―××××** | **０９０－１２３４―○○○○** |
| **伊賀　愛子** | **長男の嫁** | **同・別** | **同上** | **同上** | **０９０－○○○○―１２３４** |
| **社協　希望** | **長女** | **同・別** | **伊賀市○○○７８９番地** | **○×―１１１１** | **０９０－××××―○○○○** |
| **○○　未来** | **友人** | **同・別** | **伊賀市○○○４５６番地** | **×○―２２２２** | **０９０―１２３４―××××** |
|  |  | **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。**

社会福祉法人 伊賀市社会福祉協議会

**・容器に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）**