

あなたの

ふりがな
氏名 _____ 性別 _____

生年月日 _____ 血液型 _____

住所 _____

電話番号 _____

状態 歩行困難 車いす 視覚障がい 聴覚障がい

意思疎通が困難 その他 (_____)

※該当するものがあれば☑してください

世帯状況 世帯員数 _____ 人 (日中独居)

※世帯員数を記入し、日中や夜間に同居家族が仕事や用事などのために外出してしまうため、実質的に一人暮らし状態となってしまう場合は、日中独居に☑してください

緊急時に伝えたいこと



あなたに万一のことが起きた場合、このカードを救急隊員が確認することで、適切な医療機関への搬送や迅速な応急処置を開始することができます。また、家族や親戚等へ連絡を取ることができます。

確認日

作成日	年	月	日	年	月	日
	年	月	日	年	月	日
	年	月	日	年	月	日
	年	月	日	年	月	日

年に一度は記載内容について確認してください。変更があれば新しい情報に書き直してください。上記に確認した日、または変更した日を記入してください。

※ この用紙は、四つ折りにして [安心カード] の面を表にして磁石等で冷蔵庫に貼り付けてください。

かかりつけ医

医療機関名	診療科	電話

持病

アレルギー等

何かのアレルギーがありますか？

いいえ ・ はい (_____)

血液サラサラになる薬を飲んでいますか？

いいえ ・ はい _____

緊急連絡先

氏名	同居	続柄	電話

※同居者には○をしてください

同居家族の携帯番号や親戚、ケアマネジャーなどあなたの状況をよくご存じの方の連絡先を記入してください。

【注意事項】

安心カードは、救急時に救急隊や医療機関などが活用するためのカードです。情報提供に同意できない場合は、冷蔵庫に貼り付けず家族がわかる場所に保管してください。スムーズな対応のため、カード設置世帯(者)であることを事前に登録されることをお勧めします。なお、救急隊等が活用できない場合もあることをご了承ください。

医療機関様

自宅に帰られる場合は、ご本人に返却してください。