

たかまつ安心シート

令和 年 月 日 作成
 令和 年 月 日 確認・変更
 令和 年 月 日 確認・変更

【本人情報】

ふりがな		血 液 型	
氏 名		型 Rh()・不明	
生年月日	(明・大・昭・平・令) 年 月 日	性 別	男 ・ 女
住 所	高松市	電 話	

【医療情報】

かかりつけ 医療機関	①	②
科目・担当医		
所在地		
電 話		
治療中の病名		
飲んでいるお薬		
特記事項 (アレルギーなど)		

【緊急連絡先】

氏 名	①	②
続 柄		
住 所		
電 話		

支援事業者		
担 当 者		
所在地		電 話

その他

容器内の情報を、緊急時に活用することに同意します。

本人氏名 _____ ㊞ _____ 代理人氏名 _____ ㊞ _____ 続柄 _____

(代理記載の場合のみ記入してください。)

※記入方法は裏面をご参照ください。

お名前

記入の仕方、注意事項

【本人情報について】

- 生年月日 : 年については西暦、または該当する年号を○で囲んでください。
- 血液型 : お調べになったことがない等、わからない場合は「不明」を○で囲んでください。

【医療情報について】

かかりつけ医療機関の名称は、正確に間違いのないように記入してください。
医療機関は、2か所記入できますが、身体状況をよく把握している医療機関を優先して、ご記入ください。

- 治療中の病名・飲んでいるお薬 :
薬剤情報提供書の写し・お薬手帳の写しなどを容器に入れてください。
- 特記事項
特定の病院でしか対応できない特殊な疾病がある、特殊な血液型である、アレルギーがあるなどの、特別な事情がある場合にご記入ください。

【緊急連絡先について】

3人以上いる場合は、ご自身の状況を把握している方を優先してご記入ください。

- 緊急連絡先氏名 : ご家族以外の方でもかまいません。
- 連絡先 : 固定電話と携帯電話など、連絡がつく電話番号をご記入ください。
- 支援事業者・担当者・所在地・電話 :
要介護認定者で居宅介護支援事業者や地域包括支援センターと契約している場合、または支給決定障害者で相談支援事業者等と契約している場合、その支援事業者の名称・担当者名・事業所の所在地・電話番号をご記入ください。

【その他欄について】

緊急時に役立つと思われることをご記入ください。

<例> 緊急連絡先についての補足事項
夜間は●●さんの携帯が一番連絡が付きやすい など

【同意欄について】

緊急時に、容器内の情報（この用紙に記載されている内容、写真や保険証の写しなど）を活用することについて、同意していただいた上で、ご自身でお名前を記入していただき、印鑑を押印（またはサイン）してください。

ご自身で記入できない場合は、代理記載した方のお名前・続柄と押印（またはサイン）をお願いします。

緊急情報に変更があったときには、必ず内容を書き換えてください。
また、保険証が新しくなったときや、お薬が変わったときなどは、容器に保管している古い保険証（写し）やお薬手帳（写し）などを取り替えてください。
※ 変更した日付を右上に記入してください。