

もりぐちし きゅうきゅうあんしん  
**守口市 救急安心カード**

平成 年 月 日記入

|    |       |                  |      |       |               |                          |
|----|-------|------------------|------|-------|---------------|--------------------------|
| 氏名 | ふりがな  | せいねん がっぴ<br>生年月日 | 明大昭平 | 年 月 日 | ねん れい<br>年齢   | 才                        |
| 住所 | 〒570- | でんわ<br>電話        | -    | -     | せい べつ<br>性別   | おとこ おんな<br>男・女           |
|    |       |                  |      |       | けつえきがた<br>血液型 | RH(+-)<br>A・B・AB・O<br>不明 |

|      |   |                             |           |            |                               |
|------|---|-----------------------------|-----------|------------|-------------------------------|
| 同居人数 | 人 | どうきよ かぞく だいひょうしゃ<br>同居家族代表者 | しめい<br>氏名 | けいたい<br>携帯 | 血液型がわからない場合は<br>不明に○で囲んでください。 |
|------|---|-----------------------------|-----------|------------|-------------------------------|

|  |            |            |
|--|------------|------------|
|  | かかりつけ医療機関① | かかりつけ医療機関② |
|--|------------|------------|

|    |  |  |
|----|--|--|
| 名称 |  |  |
|----|--|--|

|     |  |  |
|-----|--|--|
| 所在地 |  |  |
|-----|--|--|

|    |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|
| 電話 | - | - | - | - |
|----|---|---|---|---|

|        |   |    |   |    |
|--------|---|----|---|----|
| 科目・担当医 | 科 | 医師 | 科 | 医師 |
|--------|---|----|---|----|

|    |  |                         |
|----|--|-------------------------|
| 病名 |  | ← 現在治療中の病気があれば記入してください。 |
|----|--|-------------------------|

|      |  |
|------|--|
| 服薬内容 |  |
|------|--|

|      |           |                                  |
|------|-----------|----------------------------------|
| 特記事項 | アレルギー等... | ← 既往症や特に注意が必要と思われる内容などを記入してください。 |
|------|-----------|----------------------------------|

|       |    |    |                                 |    |
|-------|----|----|---------------------------------|----|
| 緊急連絡先 | 氏名 | 続柄 | 住所                              | 電話 |
|       |    |    | ← ご家族、親戚でない場合は、<br>ご関係を記入してください | -  |
|       |    |    |                                 | -  |

【医療保険】 後期(後期高齢者医療保険)、国保(国民健康保険)、その他に○をつけてください。

|    |              |                              |
|----|--------------|------------------------------|
| 名称 | 後期・国保・その他( ) | [被保険者番号] または [記号・番号] を記入ください |
|----|--------------|------------------------------|

|            |           |    |
|------------|-----------|----|
| 居宅介護支援事業所名 | ケアマネジャー氏名 | 電話 |
|------------|-----------|----|

|                         |  |   |
|-------------------------|--|---|
| 介護保険を利用している方のみ記入してください。 |  | - |
|-------------------------|--|---|

☆カードを冷蔵庫に貼ってください。