

病院等に行く時はこのカードを持参しましょう

わたしの安心連絡カード 記入： 年 月 日

| | | |
|-----------------------|--------|---------------------|
| ふりがな | | 性別 |
| 名前 | | |
| 生年月日 | | 年齢 |
| 明治 大正 昭和 | 年 月 日 | |
| 住 所 | | |
| 紫波町 矢巾町 | | |
| 自宅電話 番号 | 固定 () | |
| | 携帯 () | |
| 自宅以外の緊急時連絡先 (優先度の高い順) | | |
| 名 前 | 関係 | 電話・FAX・ メールアドレス等 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ケアマネジャー

| | | |
|---|--------|------|
| 事業所名 | | 担当者名 |
| | | |
| ケアマネ ジャー連 絡先 (電 話番号) | 固定 () | |
| | 携帯 () | |
| 主な既往歴・受診先 | | |
| 病名 | 受診先 | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 特に伝えたいこと | | |
| 日中は一人、右手足が不自由、降圧剤服用、大きい声で話してほしい等、健康や生活で注意してほしいこと等を書いてみましょう。 | | |

カード様式作成：紫波郡地域包括ケア推進支援センター (R5.9月版)

病院等に行く時はこのカードを持参しましょう

わたしの安心連絡カード 記入： 年 月 日

| | | |
|-----------------------|--------|---------------------|
| ふりがな | | 性別 |
| 名前 | | |
| 生年月日 | | 年齢 |
| 明治 大正 昭和 | 年 月 日 | |
| 住 所 | | |
| 紫波町 矢巾町 | | |
| 自宅電話 番号 | 固定 () | |
| | 携帯 () | |
| 自宅以外の緊急時連絡先 (優先度の高い順) | | |
| 名 前 | 関係 | 電話・FAX・ メールアドレス等 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ケアマネジャー

| | | |
|---|--------|------|
| 事業所名 | | 担当者名 |
| | | |
| ケアマネ ジャー連 絡先 (電 話番号) | 固定 () | |
| | 携帯 () | |
| 主な既往歴・受診先 | | |
| 病名 | 受診先 | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 特に伝えたいこと | | |
| 日中は一人、右手足が不自由、降圧剤服用、大きい声で話してほしい等、健康や生活で注意してほしいこと等を書いてみましょう。 | | |

カード様式作成：紫波郡地域包括ケア推進支援センター (R5.9月版)