

知ってください、わたしのこと

フリガナ 氏名	男 女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	顔写真
住 所		電話番号	自宅 携帯	
同居家族	なし ・ あり (続柄: /電話番号:)			
体調を相談 できる人	病気や服用中のお薬を知っている人(続柄: /電話番号:)			

かかりつけ医	医療機関名	医師名
	医療機関名	医師名
かかりつけ薬局	薬局名	
現在治療中 の病気 ・ これまでに かかった病気	ぜんそく・高血圧・糖尿病・脂質異常症(コレステロール・中性脂肪)・脳梗塞	
	心臓病・肝臓病・腎臓病・緑内障・リウマチ・うつ・不眠症	
	結核・がん・その他()	
手術歴		
お薬手帳と 常用薬の 置き場所	お薬手帳 ()	
	常用薬 ()	
アレルギー	なし・あり ()	
障がい (手帳種類)	なし・身体(障がい名 : 級)	
	療育(A ・ B)・精神(級)	

▶裏面は緊急連絡先です

記入した人:(関係: /氏名:)

ご本人以外の方が記入した場合にお書きください。

緊急連絡先

緊急連絡先①

氏名		わたしとの関係	
住所			
電話番号	自宅		
	携帯		

緊急連絡先②

氏名		わたしとの関係	
住所			
電話番号	自宅		
	携帯		

緊急連絡先③

氏名		わたしとの関係	
住所			
電話番号	自宅		
	携帯		

自由記載欄

★ご相談しているケアマネジャーの方の連絡先等があれば記載してください。