

あんしん情報シート

岩国市 作成日

年 月 日

氏名	ふりがな	性別	生 年 月 日			
		男 ・ 女	年 月 日			
住所	岩国市	自宅電話番号				
		携帯電話番号				
障害名(難病含む。)		手帳・等級	手帳		級	
国民健康保険・後期高齢者医療保険・その他()		血液型	RH	+	-	分からない
被保険者番号		A	B	O	AB	

かかりつけ医療機関①		かかりつけ医療機関②	
名 称		名 称	
診療科目		診療科目	
担 当 医		担 当 医	
所 在 地		所 在 地	
電話番号		電話番号	

緊急連絡先優先①		緊急連絡先優先②	
氏 名			
住 所			
続柄・関係			
電 話 番 号			
携帯電話番号			

指定居宅介護支援事業者名称			
住 所		電話番号	

その他救急隊員に知らせたいことなど

あんしん情報シートの記入のしかた

<ご本人の情報について>

氏名：読み方が分かるよう、ふりがなをご記入下さい。

血液型：お調べになったことがないなど分からない場合は、「不明」を○で囲んでください。

障害名：主となる障害名をご記入下さい。

手帳：手帳の種類と等級をご記入下さい。

健康保険：ご加入の健康保険を○で囲んでください（その他の場合は（ ）の中に保険の種類をご記入下さい）

被保険者番号：ご加入の健康保険の被保険者番号をご記入下さい。

<かかりつけ医療機関について>

かかりつけ医療機関の名前や連絡先は、間違いのないようにご記入下さい。

医療機関名は2ヵ所記入できますが、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。

<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されている方を優先してご記入下さい。

緊急連絡先は、ご家族の方以外でも構いません。

<その他について>

- ・ 救急隊員に注意して欲しいこと（搬送時や家の中のことなど）
- ・ 現在抱えている持病や、飲んでいるお薬の名前（特定の病院でしか対応できない特殊な疾病がある場合などは、病院との決め事をご記入下さい。お薬については、薬局などで渡される「薬剤情報提供書」や「おくすり手帳」のコピーを一緒にカプセルに入れていただくと、効果が高まります）
- ・ 緊急連絡先についての補足事項（夜間に電話できるのは誰か、など）
- ・ その他、緊急時に役立つと思われることをご記入ください。

<指定居宅介護支援事業者について>

「要支援・要介護認定」を受けておられる方は、契約している事業所やケアマネージャーの連絡先をご記入下さい。

<医療機関へのお願い>

指定居宅介護支援事業所の欄は、退院等に伴うケアプランなどの変更等で、ご本人やご家族の方が連絡できない場合にご活用をお願いします。

※ 救急情報に変更があったときには、古い情報の上に二重線を引くなどして

必ず内容を書き換えてください。