様式第１号（第３条関係）

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 |
|  |
|  |