

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	+	-	
被保険者番号		A	B	O	AB	
分からない						

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