

お太助情報(表面)

平成 年 月 日記入 (記入者

)

①世帯主

氏名	生年月日	性別	血液型
フリガナ	明治・大正 昭和・平成 年 月 日生	男・女	型
電話番号		住所	
自宅番号			
携帯番号			

②

氏名	生年月日	性別	血液型
フリガナ	明治・大正 昭和・平成 年 月 日生	男・女	型
携帯番号			

③

氏名	生年月日	性別	血液型
フリガナ	明治・大正 昭和・平成 年 月 日生	男・女	型
携帯番号			

④

氏名	生年月日	性別	血液型
フリガナ	明治・大正 昭和・平成 年 月 日生	男・女	型
携帯番号			

⑤

氏名	生年月日	性別	血液型
フリガナ	明治・大正 昭和・平成 年 月 日生	男・女	型
携帯番号			

お太助情報(裏面)

緊急連絡先(必ずしもすべての連絡先に通報するものではありません。)

緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	住所
①		昼間	
		夜間	
②		昼間	
		夜間	
③		昼間	
		夜間	

現病・既往症歴とかかりつけ医療機関(本人申告)

氏名	かかりつけ医療機関	担当医師	現病・既往症の病名	電話番号

服薬内容(お薬手帳のコピーも可)

氏名	服薬内容	担当民生委員氏名	居宅介護支援事業所・相談支援事業所
		担当民生委員 電話番号	電話番号
			ケアマネージャー・相談支援専門員

署名

私及び私の家族が意思表示できない場合、救急隊員や医療機関などがこの情報を利用することに同意します。

世帯主氏名

印