

作成日 年 月 日

よろしければ、お
写真をお貼り
ください。

本人情報シート

ふりがな		男 ・ 女	生年 月日	明治・大正 昭和・平成 令和	年 月 日
氏名					
住所	〒 飯能市		電話 番号		血液型
家族 知人等 連絡先	氏名 (連絡のつきやすい順で)	続柄	電話番号 (携帯電話番号)	住所	
1					
2					
3					
現在 治療中 の病気	病名	飲んでいる薬名	医療機関名	電話番号	
介護度	要介護 要支援	ケアマネジャー 包括センター担当者など	会社名 電話番号	氏名	
障害の状況	身体障害（肢・視・聴・内）、知的障害、精神障害				
アレルギーの有無	有 ・ 無	アレルギーの原因(薬・食物・物資等)をお書きください。			
特記事項	《既往症や発病年月、通院病院名、高度医療の希望や伝言など》(裏面にも書けます。)				

同意書

緊急時や災害時など利用者の状況を把握する必要がある時は、緊急情報キット内のすべての情報を、警察や消防、搬送先の医療機関など必要な範囲で関係者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名

Ⓜ

特記事項追加欄

《表面の特記事項の続きをお書きください。》

【お願い】 現在飲んでいる薬の情報など、常に新しい情報に更新しましょう。

※本人若しくはご家族において、シートの記入等が困難な場合は、担当ケアマネジャー、地区の民生委員児童委員にご相談ください。