

# 【記入例】

作成日 平成〇〇年〇〇月〇〇日

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	はんのう たろう		<input checked="" type="radio"/> 男	生年	明治・大正		
氏名	飯能 太郎		<input type="radio"/> 女	月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	〇〇年〇〇月〇〇日	
住所	〒 357-〇〇〇〇 飯能市 大字双柳〇-〇			電話番号	973-〇〇〇〇		血液型
							〇
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	飯能 次郎	長男	042-***-**** 090-****-****		飯能市栄町〇〇-〇〇	
	2	飯能 花子	妹	04-****-**** 090-****-****		入間市豊岡〇-〇-〇	
	3	奥武蔵 三郎	知人	042-***-**** 090-****-****		飯能市大字双柳〇〇〇	
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	
	高血圧	ノルバスク		〇〇病院		972-****	
	脳梗塞	ウーファリン		〇〇病院		973-****	
介護度	要介護	ケアマネジャー		会社名 〇〇地域包括支援センター			
	<input checked="" type="radio"/> 要支援 1	包括センター担当者など		電話番号 971-**** 氏名 △△ △△			
障害の状況	<input checked="" type="radio"/> 身体障害 (肢・視・ <input checked="" type="radio"/> 聴・ <input type="radio"/> 内)、知的障害、精神障害						
アレルギーの有無	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 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。) 令和〇〇年〇〇月脳梗塞で、〇〇病院入院治療。現在〇ヶ月に〇回受診。 通常は、〇〇病院で薬を処方してもらっている。						

## 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。

令和〇〇年 〇月 〇日 氏名 飯能 太郎

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。》

<記載例 1>

令和〇〇年 糖尿病でインシュリン自己注射を始める。〇か月に〇回〇〇病院受診。  
令和〇〇年〇月 心筋梗塞で××病院入院治療。  
発作時、××病院へ救急搬送することについて主治医の了解を得ています。  
長男の携帯電話が通じない場合、勤め先はA会社（TEL03-\*\*\*\*-\*\*\*\*）です。

<記載例 2>

身体障害者手帳2級所持。  
令和〇〇年 ペースメーカー埋め込み 〇ヶ月に〇回 ××病院受診。  
令和〇〇年 脳梗塞により軽度左麻痺 〇ヶ月に〇回、△△センター病院受診。  
いつもは、〇〇診療所で薬を処方してもらっています。

<記載例 3>

同居の次男（飯能×男 〇〇歳）は、知的障害者である。  
次男は、てんかんがあり、〇か月に〇回、××病院へ通院中。  
てんかん発作時、××病院へ救急搬送することについて、主治医の了解を得ています。  
親の緊急時は、□□センター（TEL971-\*\*\*\*）の××さんに連絡を取り、ショートステイをお願いすることになっています。

【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。