

岸和田市きんきゅうカード（記入例）

平成 年 月 日 記入

【本人情報】

ふりがな	きしき たろう		血液型 A・B・O・AB・不明
氏名	岸城 太郎		
生年月日	昭和22年2月22日		性別（男・女）
住所	岸和田市〇〇町〇〇		
電話番号	072-●●●-●●●●	携帯番号	●●●-●●●●-●●●●

【医療情報】

かかりつけ医	●●病院（●●医師） / <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険証の写しの添付あり・無
現在の病気	高血圧
今までにかかった病気	心筋梗塞、脳梗塞
飲んでいるお薬	<input checked="" type="checkbox"/> お薬情報の添付あり・無
アレルギー	卵

【緊急連絡先】 \* 原則は親族、いない場合は知人等を記載してください。

氏名	住所	電話番号	続柄
岸城 次郎	貝塚市●●町●●	自宅 072 - ●●● - ●●●●	長男
		携帯 090 - ●●● - ●●●●	
千亀利 花子	岸和田市●●町●●	自宅 072 - ●●● - ●●●●	知人
		携帯 090 - ●●● - ●●●●	
●●ケアプランセンター 担当：●●	岸和田市●●町●●	自宅 072 - ●●● - ●●●●	ケアマネ
		携帯 090 - ●●● - ●●●●	
岸和田 民生	岸和田市●●町●●	自宅 072 - ●●● - ●●●●	民生委員
		携帯 090 - ●●● - ●●●●	

【その他】

介護保険	非該当・要支援（1・2）・要介護（ <input checked="" type="checkbox"/> 1・2・3・4・5）
障害者手帳	なし・ <input checked="" type="checkbox"/> あり（コピーを添付してください）
会話	普通・ <input checked="" type="checkbox"/> はっきりしない・話せない
視力	<input checked="" type="checkbox"/> 見える・生活に支障がある・見えない
聴力	普通・ <input checked="" type="checkbox"/> 大声で聞こえる・聞こえない
その他、知ってほしいこと	脳梗塞の後遺症で、耳がとても遠いです。紙に字を書いてもらえたら分かります。

私は、容器内の情報を救急医療に活用することを同意します。

本人氏名 ○○ ○○ 印