下諏訪町安心カード記入例

記入例を参考に、油性ペンでご本人またはご家族が記入してください。

※ご自身で記入が難しい場合は、担当の民生児童委員さんにご相談ください。

記入した内容に変更があった場合は、なるべく最新の情報に書き直しておきましょう。（この場合は記入年月日も書き直します）

※油性ペンの文字は、消毒用アルコールや除光液などを布にしみこませて拭き取ってください。
プラスチック消しゴムでも消える場合があります。

② 住所は、ご自身が実際お住まいの住居の番地まで記入し、
③ ( )内に町名を記入する。

④ 氏名は漢字で記入し、フリガナをカタカナで記入する。

⑧ 緊急連絡先は、連絡がつきやすい順（連絡したい順）に ①と②の２か所とも記入する。

⑨ 氏名は漢字で記入しフリガナをカタカナで記入する。

⑪ 住所はどちらにお住まいかがわかるように記入する。

⑫ 電話は、なるべく固定電話（自宅）と携帯電話の両方を記入する。

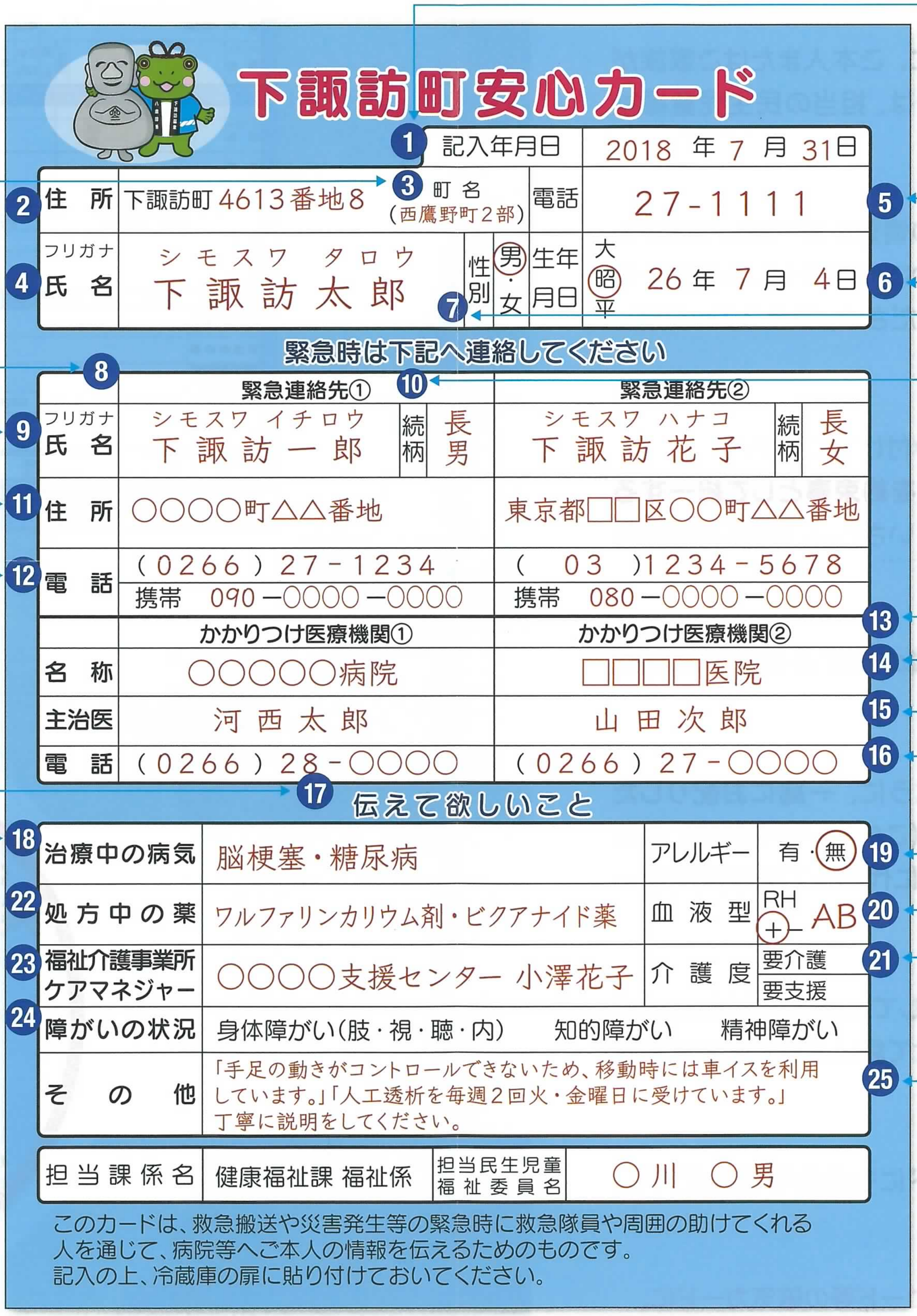
⑰ 伝えてほしいことには、緊急時にご自身（又は家族）が治療や介護の対応をするうえで病院等へ伝えてほしいことを記入してください。

⑱ 治療中の病気は、病名を記入する。
（例：骨粗鬆症、糖尿病、脳梗塞等）

㉒ 処方中の薬は、薬局からもらうお薬の明細やお薬手帳を参考に記入する。
（そのものの添付も可とする。）

㉓ 福祉介護事業所・ケアマネジャーは、現在利用している福祉や介護サービスの事業者名と担当ケアマネジャーの氏名を記入する。

㉔ 障がいの状況については、該当する箇所を○で囲んでください。



下諏訪町安心カード

記入年月日	2018 年 7 月 31日				
住　所	下諏訪町 4613番地８　町名（西鷹野町２部）	電話	27-1111		
フリガナ 氏　名	シモスワ　タロウ 下 諏 訪 太 郎	性別	[✓ 男]・女	生年月日	大 [✓ 昭] 平　26 年 7 月 4日

緊急時は下記へ連絡してください

	緊急連絡先①			緊急連絡先②		
フリガナ 氏　名	シモスワ イチロウ 下 諏 訪 一 郎	続柄	長男	シモスワ ハナコ 下 諏 訪 花 子	続柄	長女
住　所	○○○○町△△番地			東京都□□区○○町△△番地		
電　話	（0266）27-1234 携帯　090－○○○○－○○○○			（　03　）1234-5678 携帯　080－○○○○－○○○○		

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
名　称	○○○○○病院	□□□□医院
主治医	河 西 太 郎	山 田 次 郎
電　話	（0266）28-○○○○	（0266）27-○○○○

伝えて欲しいこと

治療中の病気	脳梗塞・糖尿病	アレルギー	有・[✓ 無]
処方中の薬	ワルファリンカリウム剤・ビクアナイド薬	血液型	RH [✓ +] − AB
福祉介護事業所 ケアマネジャー	○○○○支援センター 小澤花子	介護度	要介護 要支援
障がいの状況	身体障がい（肢・視・聴・内）　知的障がい　精神障がい		
そ の 他	「手足の動きがコントロールできないため、移動時には車イスを利用しています。」「人工透析を毎週２回火・金曜日に受けています。」丁寧に説明をしてください。		

担当課係名	健康福祉課 福祉係	担当民生児童福祉委員名	○川　○男

このカードは、救急搬送や災害発生等の緊急時に救急隊員や周囲の助けてくれる人を通じて、病院等へご本人の情報を伝えるためのものです。
記入の上、冷蔵庫の扉に貼り付けておいてください。

① このカードを記入した年月日を記入する。

⑤ 電話は、ご自宅の電話番号を記入する。
（市外局番の記入は不要）

⑥ 該当する年号を○で囲み生年月日を記入する。

⑦ 該当する性別を○で囲む。

⑩ 続柄は、ご自身からみた間柄を記入する。
（例：長男、姪等）

⑬ かかりつけ医療機関は、ご自身の身体状況をよく把握している医療機関を優先して記入する。（１カ所でもよい）

⑭ 通院（往診）されている医療機関の名称を記入する。
（例）諏訪○○病院、□□薬局

⑮ 主治医は、治療を担当している医師の氏名を記入する。

⑯ 電話は、医療機関の電話番号を記入する。

⑲ アレルギーについては、有無のどちらか該当する方を○で囲んでください。
（有りの場合、何のアレルギー症状か「その他」枠に記入する）

⑳ 血液型は、RH+.の該当する方を○で囲みA. B. AB. Oの型を記入する。

㉑ 介護度については要介護、要支援いずれか該当する方に介護度を記入する。

㉕ その他には、治療や介護の対応をするうえで特に病院等へ伝えたいことを記入する。