お太助情報（表面）　　　　令和　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞