

「安心キット連絡票」の記入要領

● 情報の利用に関する同意について

- 緊急時に、駆けつけた方などが「安心キット」の情報を利用することについて同意する旨の署名をお願いします。

● 本人の情報について

- 氏名：「安心キット」を発見した方に、名前の読み方がわかるよう、ふりがなを記入してください。
- 住所：現住所を記入してください。
- 血液型：わからない場合は「不明」と記入してください。
- 生年月日：該当する年号を○印で囲んでください。

● 身体状況について

- 服用している薬の内容を記入してください。「安心キット」に、薬剤情報提供書（薬と同時にもらう説明書）又はお薬手帳の写しを入れる場合は、「薬剤情報提供書」と記入してください。
- 介護認定は、該当するものを○印で囲んでください。
- 「身体状況に関する特記事項」欄は、人工透析、感染症等、災害時・緊急時に知って欲しいことを記入してください。

● かかりつけの病院（医療機関）について

- かかりつけの病院（医療機関）が3つ以上ある場合は、ご自身の状況を把握している病院（医療機関）を優先して記入してください。
- かかりつけの病院（医療機関）名及び連絡先は、正確に記入してください。
- 担当科がわからない場合は、「不明」と記入してください。

● 緊急時の連絡先について

- 3人以上いる場合は、ご自身の状況を把握している方を優先して記入してください。
- 緊急連絡先の氏名は、ご家族以外の方でも差しつかえありません。
- 電話番号は、日中と夜間つながる番号を記入してください。

(令和 年 月 日作成)

(令和 年 月 日更新)

安心キット連絡票

以下の記載内容について、私の緊急時に利用することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 _____

●本人の情報

ふりがな 氏名		性別	男・女	血液型	型
住所		電話番号			
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	

●身体状況

持病		飲んでいる薬			
介護認定	未申請 申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	身障手帳	有・無	有の場合 ……(種 級)	障がい名()
身体状況 に関わる 特記事項					

●かかりつけの病院(医療機関)

	かかりつけ医療機関 ①	かかりつけ医療機関 ②
名称		
担当科		
電話番号		

●緊急時の連絡先

	緊急連絡先①		緊急連絡先②	
ふりがな 氏名		続柄		続柄
住所				
電話番号	(携帯)		(携帯)	

●その他、緊急時に知ってほしいこと

--