

A (あんしん) K (救急) O (お守り) カード

記入例

年 月 日 記入
年 月 日 更新

※ 救急情報に変更があったときは、必ず内容を書き換えてください

ふりがな	あこう たろう	連絡先	自宅	0791 (〇〇) 〇〇〇〇		
氏名	赤穂 太郎		携帯	×××-××××-××××		
			FAX			
住所	赤穂市 A 町△△番地					
生年月日	大正・昭和	◇◇ 年	◇◇ 月	◇◇ 日	血液型	△ 型
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> ある (甲殻類) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 分からない					
家族構成	独居 ・ 同居家族 (配偶者 ・ 子 ・ 子の配偶者 ・ 孫 ・ その他 ())					

◆緊急連絡先

	氏名 (ふりがな)	続柄	住所	電話番号
1	あこう じろう	長男	同居	×××-××××-××××
	赤穂 次郎			
2	ひょうご はなこ	長女	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地 〇〇アパート 〇号	×××-××××-××××
	兵庫 花子			

▼分かる範囲で、できるだけ記入してください

受診したことのある病院	<input type="checkbox"/> 赤穂市民病院 <input type="checkbox"/> 赤穂中央病院 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (××病院)
治療中または過去にかかった病気	<input checked="" type="checkbox"/> 脳血管疾患 麻痺 (なし ・ あり) (右 ・ 左 ・ 喋りにくい) <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他 ()
聞こえにくさ	<input checked="" type="checkbox"/> あり ・ なし 補聴器使用 <input checked="" type="checkbox"/> あり ・ なし
見えにくさ	あり ・ <input checked="" type="checkbox"/> なし

通院・服薬状況	医療機関名	電話番号	治療中または過去にかかった病気	
	かかりつけ病院	〇〇病院〇〇科	〇〇-〇〇〇〇	高血圧症
		△△クリニック	△△-△△△△	両変形性膝関節症
	かかりつけ歯科	××歯科	××-××××	総義歯
	かかりつけ薬局	◇◇薬局	◇◇-◇◇◇◇	
服用薬	服薬中の薬剤があれば、□に✓を入れてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 血液をサラサラにする薬 (抗凝固薬) <input checked="" type="checkbox"/> 血糖値を下げる薬 (インスリン注射・糖尿病薬) <input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> 向精神薬 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤 <input type="checkbox"/> その他 ()		使ってはいけない薬 アスピリン系	
民生委員氏名	地域 まもる	電話番号	△△-△△△△	

◆介護保険サービスを利用している方はお書きください

担当ケアマネジャー	居宅介護支援事業所名	電話番号	ケアマネジャー氏名
	××居宅介護支援事業所	××-××××	近畿 三郎

私は、私に何かあった場合、このカードに記載した情報を、消防・医療機関・行政関係者等が救急医療に活用することに同意します。

必ず記入してください

自署 赤穂太郎