

記入日 年 月 日

変更日 年 月 日

1. 利用者情報

利 用 者	住 所		電話番号	()
	氏 名	(ふりがな)	性 別	男 ・ 女
			生年月日	年 月 日 (歳)
かかりつけ 医療機関①	医療機関名		科目・担当医	
	所 在 地			
	電 話 番 号			
かかりつけ 医療機関②	医療機関名		科目・担当医	
	所 在 地			
	電 話 番 号			
身体 の 状 況	意思の疎通	可 ・ 不可	(理由 :)	
	現在の病気			
	過去の病気			
	特 記 事 項 (アレルギー等)			
服 薬 内 容 (種類及び量)				

2. 緊急連絡先

	氏 名	続 柄	電話番号	住 所
①				
②				
③				

3. その他の連絡先

	指定居宅介護支援事業所	地域包括支援センター	担当民生委員
事業所名・名前			
電 話 番 号			

※健康保険証・介護保険証・お薬手帳の写し等を一緒に入れてください。

※年に1回は、内容の見直しをしましょう。