

防災あんしんカード

ふりがな		生年月日	
氏名	(男・女)	明・大・昭・平	年 月 日
住所	河内長野市		
電話		ファックス	

緊急連絡先①

ふりがな		関係	
氏名			
住所			
電話		ファックス	

緊急連絡先②

ふりがな		関係	
氏名			
住所			
電話		ファックス	

緊急時健康情報

血液型	
かかりつけの病院	
今かかっている病気	
常用している薬	
医療器具	
アレルギーの有無	(有・無)

介護保険サービス

<input type="checkbox"/> 利用なし <input checked="" type="checkbox"/> 利用あり ⇒	ケアマネジャー 事業所名			
	ケアマネジャー 氏名		事業所 電話	

その他の伝えておきたいこと (例: 歩行困難で車イスが必要、聴覚障害 等)

--