

# 福祉医療情報用紙

## 基本事項

氏名		男・女	住所			
			生年月日	年	月	日生
緊急	氏名		続柄等	住所	連絡先	
連絡			子			
先			近所			
支援者名 (安心訪問員)				支援者連絡先 (安心訪問員)		
支援者名 (安心訪問員)				支援者連絡先 (安心訪問員)		

## 医療情報 (記入可能な範囲でご記入ください。)

かかりつけ病院			持病		
保険証の種類			保険証番号		
身体障害者手帳等の所持の有無	身障	療育	精神	国・県の医療費助成 制度利用の有無	有・無

## 福祉サービス情報 (記入可能な範囲でご記入ください。)

社協・民間事業サービス 利用の有無	有・無	事業者名・ サービス名	
市事業利用の有無	有・無	サービス事業名	

## キット内保管書類

- 福祉医療情報用紙
- 健康保険証(写)
- 薬剤情報提供書(写)
- 診察券(写)
- 本人の写真

## その他

特記事項
------

※ ご本人様が、ご自分で同意書を記入できない場合は、ご本人様の同意のもとに、ご家族または安心訪問員等がこの用紙を記入してください。