

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。