

安心カード

記入日:令和 年 月 日

住 所		雲仙市 町 (自治会名)		
ふ り が な 氏 名		年 齢		
生 年 月 日		明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日		血液型
電 話	自 宅	() ー		
	携 帯	ー ー		
健 康 保 険 証 番 号				
かかりつけ医療機関名 電 話 番 号		医院 ・ 病院 ／ () ー		
かかりつけ医療機関名 電 話 番 号		医院 ・ 病院 ／ () ー		
今 か か っ て い る 病 気				
常 用 し て い る 薬				
ア レ ル ギ ー		なし ・ あり ()		
その他(伝えたいこと)				
< 緊 急 連 絡 先 >				
緊急時の連絡先 をお書きください。	住所			
	氏名	続柄	電話	
	住所			
	氏名	続柄	電話	

年 月 日確認者:	年 月 日確認者:	年 月 日確認者:
年 月 日確認者:	年 月 日確認者:	年 月 日確認者:
年 月 日確認者:	年 月 日確認者:	年 月 日確認者:

安心カード

記入日:令和 年 月 日

住 所		雲仙市 町 (自治会名)		
ふ り が な 氏 名		年 齢		
生 年 月 日		明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日		血液型
電 話	自 宅	() ー		
	携 帯	ー ー		
健 康 保 険 証 番 号				
かかりつけ医療機関名 電 話 番 号		医院 ・ 病院 ／ () ー		
かかりつけ医療機関名 電 話 番 号		医院 ・ 病院 ／ () ー		
今 か か っ て い る 病 気				
常 用 し て い る 薬				
ア レ ル ギ ー		なし ・ あり ()		
その他(伝えたいこと)				
< 緊 急 連 絡 先 >				
緊急時の連絡先 をお書きください	住所			
	氏名	続柄	電話	
	住所			
	氏名	続柄	電話	

年 月 日確認者:	年 月 日確認者:	年 月 日確認者:
年 月 日確認者:	年 月 日確認者:	年 月 日確認者:
年 月 日確認者:	年 月 日確認者:	年 月 日確認者: