安心カード

作成日付：　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ふりがな**  **名　前** |  | 性別に〇でかこむ |
|  | **男　女** |
| **住　所** |  | 血液型を書く |
| **固定電話** |  | **型** |
| **携帯電話** |  | （RH　＋　－ ） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **からだの不具合なところ（〇で かこむ）** | | | | | |
| 目 | 見えない | 左 | | 右 | 両方 |
| 見にくい | 左 | | 右 | 両方 |
| 耳 | 聞こえない | 左 | | 右 | 両方 |
| 聞こえにくい | 左 | | 右 | 両方 |
| 口 | 声が出ない | | 声が出にくい | | |
| 足・腰 | 立てない | イスにすわれない | | | 歩けない |
| トイレができない | イスから立てない | | | 歩きにくい |

|  |  |
| --- | --- |
| **アレルギーになりやすい薬・食べ物** | |
| 薬 |  |
| 食べ物 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **現在かかっている病気・常用薬** | |
| 病　名 |  |
| 薬 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **かかりつけの病院・医院**  **②** | | |
| 病院名 | **①** |  |
| 電話番号 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **緊急連絡先** | | |
| お名前(関係) | **①** |  |
| 電話番号 |  | **②** |