

※ご本人欄は未記入でもかまいません。

ふりがな			
ご本人氏名			生年月日
要介護認定	無・有	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	障害者手帳
これまでに かかった 主な病気			
服薬中のおくすり			

■その他(家族、友人、福祉関係等)

お名前		ご関係
電話番号		
備考		

お名前		ご関係
電話番号		
備考		

お名前		ご関係
電話番号		
備考		

あなたを支える 医療・介護のケアチーム

かかっている医療機関や利用している介護サービス等の情報をまとめておくことで、あなたに必要なケアをどこが提供しているかすぐに分かり、適切な医療や介護につなぎやすくなります。日ごろ利用している医療・介護の情報や、あなたが信頼している方の連絡先を記入しておくくと便利です。

ご本人同意欄(にチェック を入れてください。)

このカードの利用方法について説明を受けました。必要な場合は、ここに記載されている情報を、医療・介護等関係者間で共有することに同意します。

■薬局

名称			
電話番号		担当者名	
備考			

■あんしんすこやかセンター(地域包括支援センター)

名称	あんしんすこやかセンター		
電話番号		担当者名	
備考			

■ケアマネジャー

名称			
電話番号		担当者名	
備考			

【 記入する情報 】

- 薬局 ●あんしんすこやかセンター(地域包括支援センター)
- ケアマネジャー ●介護事業所(利用している介護サービスの情報)
- 医療機関(かかりつけ医 かかりつけ歯科医 病院等の情報)
- その他(利用している福祉サービス、家族、友人、日常の活動場所等の情報)

■医療機関・介護事業所等

名 称		診療科目・サービス内容等	
電話番号		担当者名	
備考			

名 称		診療科目・サービス内容等	
電話番号		担当者名	
備考			

名 称		診療科目・サービス内容等	
電話番号		担当者名	
備考			

名 称		診療科目・サービス内容等	
電話番号		担当者名	
備考			

■医療機関・介護事業所等

名 称		診療科目・サービス内容等	
電話番号		担当者名	
備考			

名 称		診療科目・サービス内容等	
電話番号		担当者名	
備考			

名 称		診療科目・サービス内容等	
電話番号		担当者名	
備考			

名 称		診療科目・サービス内容等	
電話番号		担当者名	
備考			

名 称		診療科目・サービス内容等	
電話番号		担当者名	
備考			