



### わたしのあんしん連絡カード

記載日 年 月 日

ふりがな  
氏名

#### 緊急連絡先

ふりがな  
氏名 (続柄)

住所

TEL  
(携帯)

かかりつけ  
医療機関名



主治医

TEL

事業所名



担当ケアマネ

TEL

その他の連絡先



担当者

TEL

アレルギー歴(有・無)

食べ物・その他

副作用歴(有・無)

お薬の名前

主な既往歴(これまでにかかった病気)



※お薬手帳や健康保険証にはさみましよう  
(豊前築上在宅医療・介護連携推進事業)