

氏名	男・女
生年月日	年 月 日生 ( 歳)
血液型	A型 B型 O型 AB型 (RH+・RH-)
住所	電話番号
病名	
かかりつけ 医療機関	①名称 電話番号 診察券番号
	②名称 電話番号 診察券番号
	名称 電話番号
かかりつけ 薬局	名称 電話番号
訪問看護	名称 電話番号

その他 (食事制限や注意点など)

アレルギー

禁忌薬物

その他の治療 (薬や医療的ケア) 名前・用法・医療機関など

中断できない治療 (薬や医療的ケア) 名前・用法・医療機関など

治療の情報

# いのちの手帳

## 災害時(緊急時)のお願い

### すぐに読んでください

私は日常的に継続して  
医療を受ける必要があります。

私が倒れている場合は、  
最寄の医療機関に運んでください。

ふりがな \_\_\_\_\_ 男・女  
氏名 \_\_\_\_\_

香川県 R5.6

電力会社 医療機器会社 その他	
保健所	
介護保険 ケアマネジャー 訪問介護	
近所の人 民生委員・自治会など	
家族③ (続柄)	( )
家族② (続柄)	( )
家族① (続柄)	( )
氏名	電話番号

緊急時の連絡先

