



私の

おぼえがき

あんしん覚書き

■私について

なまえ	電話番号
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	住 所

■私の緊急連絡先（私に何かあったら上から順に連絡してください）

1.

なまえ	電話番号
私との関係	住 所

2.

なまえ	電話番号
私との関係	住 所

3.

なまえ	電話番号
私との関係	住 所

■私の健康（私の日頃のかかりつけです）

医 師	なまえ	連絡先
	なまえ	連絡先
	なまえ	連絡先

訪問看護	なまえ	連絡先
歯科医師	なまえ	連絡先
薬局	なまえ	連絡先

■私の入院歴（私は入院したことがあります）

病 院 名	期間（新しい順に）	病 名
	年 月 から 年 月 まで	
	年 月 から 年 月 まで	
	年 月 から 年 月 まで	

■私の介護（私の担当ケアマネジャーや地域包括支援センターです）

ケアマネジャー なまえ	連絡先
地域包括支援センター なまえ	連絡先

■私の地域（私を地域で見守って下さる方々です）

(民生委員・社協・その他) なまえ	連絡先
(民生委員・社協・その他) なまえ	連絡先
(民生委員・社協・その他) なまえ	連絡先

■私の思い

① 私の身に何か起きたり、意思表示が出来なくなったときには、
以下の私の思いを尊重してください。

私はこの用紙に書かれた情報が、私が医療・介護・福祉それぞれのサービス利用のために使用されることに同意します。

署名日 年 月 日

署名（本人自署） _____ 印