

支援が
必要な

同居者情報

◆名前

ふりがな		血液型	生年月日
名前		型	年 月 日

◆かかりつけ医（①には現在通院している病名・医療機関を記入してください。）

	病名	医療機関・〇〇科・担当医師・電話番号
①		
②		
③		

◆その他特記事項（持病・アレルギーなど）

◆担当の支援事業者（ケアマネジャー・相談支援専門員など）

電話番号

【事業所名： 】 -

【事業所名： 】 -

※この同居者情報は『緊急ファイル』のポケットに入れて保管してください。
※服薬状況の分かるものも一緒に挟むようにしてください。

【平成 年 月 日記入】