



# 我が家の安心情報一覧



住所	近所の目標建物	電話番号
----	---------	------

(氏名)	(連絡先)	(過去の病気・治療中の病気・飲んでいる薬 等)
(生年月日)	(アレルギー等)	
(かかりつけ病院)	(病院電話番号)	

(氏名)	(連絡先)	(過去の病気・治療中の病気・飲んでいる薬 等)
(生年月日)	(アレルギー等)	
(かかりつけ病院)	(病院電話番号)	

(氏名)	(連絡先)	(過去の病気・治療中の病気・飲んでいる薬 等)
(生年月日)	(アレルギー等)	
(かかりつけ病院)	(病院電話番号)	

(氏名)	(連絡先)	(過去の病気・治療中の病気・飲んでいる薬 等)
(生年月日)	(アレルギー等)	
(かかりつけ病院)	(病院電話番号)	

☎ 緊急連絡先(家族以外の連絡先) ☎			
(氏名)	(続柄)	(連絡先)	(居住地)
(氏名)	(続柄)	(連絡先)	(居住地)