

私の記録

記入日： 年 月 日

ふりがな			
氏名	男 ・ 女		
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年	月 日
住所	〒		
電話	()		
緊急時の 連絡先	氏名	続柄	住所・電話
			電話番号： ()
			電話番号： ()
介護保険	認定なし		
	認定あり（事業対象者、要支援1・2、要介護1・2・3・4・5）		
手帳	身体障害者手帳 級 、その他 ()		

あなたのまちの相談先

高齢者に関する相談は	名称	電話番号・FAX
久留米市の 介護保険の相談窓口	久留米市役所介護保険課	電話：0942-30-9205 FAX：0942-36-6845
久留米市の 介護予防の相談窓口	久留米市役所長寿支援課	電話：0942-30-9207 FAX：0942-36-6845
あなたのまちの 地域包括支援センター	久留米 _____ 地域包括支援センター	電話： FAX：

今までにかかった病気

いつ頃	病気の名前	病院	備考

お薬手帳を持っている（有・無）

現在かかっている病院の記録

病院名	担当医	治療の内容や薬の記録
電話： ()		【飲んでいる薬】
電話： ()		【飲んでいる薬】
電話： ()		【飲んでいる薬】
電話： ()		【飲んでいる薬】
電話： ()		【飲んでいる薬】

日常生活で気をつけること（アレルギーなど）

--