

<高齢者の場合にご記入ください>

介護保険認定	有 ・ 無 ・ 不明
介護認定がある場合 居宅介護支援事業所	担当者 (ケアマネジャー)
電話番号	
介護予防事業（脳いきいき教室、筋トレ等）への参加：	<input type="checkbox"/> 希望する ・ <input type="checkbox"/> 希望しない
保健師等の訪問：	<input type="checkbox"/> 希望する ・ <input type="checkbox"/> 希望しない

<障害がある場合にご記入ください>

身体障害者手帳	有 (等級： 種 級、障害の部位等： 上肢・下肢・体幹・内部・視覚・聴覚・音声、言語)	無
療育手帳（知的障害）	有 (A 1・A 2・B 1・B 2)	無
精神保健福祉手帳	有 (1 級・2 級・3 級)	無
聴覚障害がある場合（緊急時の連絡のため） F A X 番号	メールアドレス	
障害サービスの利用	有 ・ 無	利用している事業所
サービスの計画を立てている事業所		担当者

<高齢者・障害者共通項目>

現在治療中の病気

病名	服薬名	医療機関	電話番号

アレルギーの有無 有 (具体的に) 無

保健福祉支援カード (写)：同サイズ (救急医療情報キット用) 希望する ・ 希望しない
 縮小サイズ(携帯用緊急連絡先カード用) 希望する ・ 希望しない

このカードに記載された情報は、防災を目的として必要時に消防署に提供します。これは、伊那市個人情報保護条例による伊那市個人情報保護審査会により認められています。	カード記載情報提供の承諾
	私は、緊急時・災害時等における早期対応を目的として、本カード記載の情報を消防署・警察・社会福祉協議会・地区自主防災会・民生委員に提供することを承諾します。 署 名 _____ 印 _____

※市担当 処理欄	今後の対応	<input type="checkbox"/> 現状把握 <input type="checkbox"/> 保健師等対応 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター対応 (備考)
	情報提供	<input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 高齢者福祉担当課 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 障害者福祉担当課 <input type="checkbox"/> 消防署 <input type="checkbox"/> 入力
	支援解除日	年 月 日 理由： <input type="checkbox"/> 入力