

このカードを記入した人が本人以外の場合

関係・お名前のご記入をお願いします。

本人との関係：

フリガナ：

お名前：

発行：一般社団法人 天王寺区医師会 天王寺区在宅医療介護・連携相談支援室

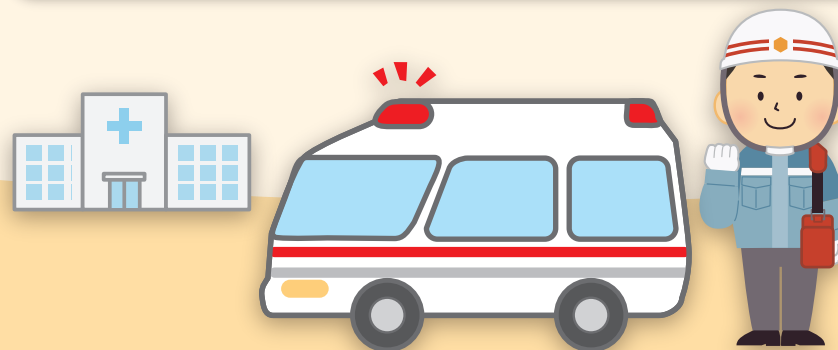
谷折

大切な個人情報が書かれているため、
お取り扱いにはご注意ください。
ご記入できる内容のみ記載してください。

[メモ]

もしもの時に伝えるカード

2024
年度版



裏面もご記入の上、四つ折りにして
保険証などと一緒に持ちください！

②山折

このカードを記入した日



年 月 日

● 修正日： 年 月 日

● 修正日： 年 月 日

※ 記入部分に変更がないか、時々確認しましょう。
変更部分があれば、書き直しましょう。

本人（わたし）の情報

フリガナ:

名 前:

生年月日: 大正 昭和 平成

年 月 日

住所: 大阪市

薬や食べ物のアレルギー、アルコール消毒等に
過敏であれば記載しておきましょう。

アレルギー:

谷 折

* 緊急時連絡先 *

①

フリガナ:

名 前:

電 話:

関
係

配偶者 子
友人
その他 ()

②

フリガナ:

名 前:

電 話:

関
係

配偶者 子
友人
その他 ()

② 山 折

かかりつけ医（主治医） （医院・クリニック・病院の名前）

医療機関名: ①

医療機関名: ②

ケアマネジャー（介護保険利用者）

居宅支援事業所名:

担当者の名前:

① 谷 折

わかる範囲で延命治療について、 今の自分の思いをご記入ください♥



呼吸が出来なく
なったときの
人 工 呼 吸

○をおつけください➡

- ・希望する
- ・希望しない
- ・今は、わからない

[記入欄]