

1. 私のこと

(記載日) 平成 年 月 日

ふりがな 氏 名	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生
性 別	男 性 / 女 性
血 液 型	A ・ B ・ O ・ AB
本 籍 地	
出 生 地	
現 住 所	〒 ー
好きな食べ物	
嫌いな食べ物	
好きな言葉	
備 考	

■かかりつけ医

	病 院 名	所 在 地	主治医
内 科			
		TEL	
外 科			
		TEL	
歯 科			
		TEL	
眼 科			
		TEL	
そ の 他			
		TEL	
病 歴			
毎日使う薬			
アレルギー など	・じんましん ・ぜんそく ・その他()	・薬物過敏症(薬品名) ・けいれん	
備 考			



私の証明書

■保険証・身分証明書など

	番 号
健康保険証	
介護保険証	
パスポート	
運転免許証	

■年金

年金の種類	番 号	問い合わせ番号