

介 護 ノ ー ト

ご家族の方へ

この介護ノートは、介護サービスを利用されるご本人の物(所有物)として、ご家族が介護サービス事業者との連絡に使用したり、介護サービスの実施状況を知っていただくためにもご活用ください。

ご家族もご本人の様子や、介護サービス事業者に伝えたいことなどご記入ください。

介護サービス事業者・医療関係者の方へ

この介護ノートは、よりよいサービスの提供のため、介護サービス事業者、医療関係者の皆さんに、サービス提供時の様子や介護に必要な情報を共有してもらうために作成されたものです。

皆さんが、サービスを提供された時、どうぞこの介護ノートにお気付きの事などをご記入ください。

年 月 日～ 年 月 日

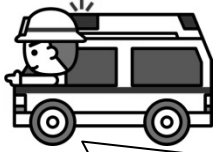
氏名

様

もしものときの

安心シート

設置 あり なし



設置場所 ()

「もしものときの安心シート」については、神戸市消防局ホームページをご覧ください。

http://www.city.kobe.lg.jp/a84309/bosai/shobo/ambulance/ansin_seat.html



ご本人の連絡先

住 所					
電 話	—	—	/ FAX	—	—
携帯電話	—	—			
生年月日	M T S	年	月	日生	男・女 血液型

緊急連絡先

氏名	(続柄)	電話	—	—	
住所					
緊急連絡先電話	—	—	(自宅・携帯・勤務先)		
氏名	(続柄)	電話	—	—	
住所					
緊急連絡先電話	—	—	(自宅・携帯・勤務先)		
氏名	(続柄)	電話	—	—	
住所					
緊急連絡先電話	—	—	(自宅・携帯・勤務先)		