

日々の暮らしに安心と
あなたらしい人生を。



和歌山県
医務課

If Note

まとめて安心
If Note

かぞく ノート

家族のことと健康について

「もしも」のために、家族やあなたに
役立つ情報を書きとめておきましょう。

記入開始日 年 月 日

氏名

はじめに

大切な家族だけど、覚えているようで案外忘れている出来事。
知っているようで意外と知らない家族の想い。そんな今の家族
に関する情報をまとめておくためのノートです。

このノートには法的効力はありません。
日常生活や、さまざまなものの時、あなたや家族に役立つ
ための情報について記したものです。

時間が経てば状況も変わります。
何度でも書き直し・書き足したりしましょう。

※大切な個人情報が記されています。取り扱いに注意して保管しましょう。

「家族のこと」を書く



目次

家族のこと①

基本の情報	2
学歴・職歴/書類関係	3
からだのこと/持病・過去の病気	4
服用している薬/予防接種の記録	5

家族のこと②

基本の情報	6
学歴・職歴/書類関係	7
からだのこと/持病・過去の病気	8
服用している薬/予防接種の記録	9

家族のこと③

基本の情報	10
学歴・職歴/書類関係	11
からだのこと/持病・過去の病気	12
服用している薬/予防接種の記録	13

家族のこと④

基本の情報	14
学歴・職歴/書類関係	15
からだのこと/持病・過去の病気	16
服用している薬/予防接種の記録	17

家族のかかりつけの医療機関…

家族のかかりつけの医療機関…	18
家族のからだ3年記録	20

家族の緊急事態

家族の緊急連絡先一覧など	23
避難場所MAP/災害時に役立つ手段	24

上手な医療のかかり方

上手な医療のかかり方	25
------------	----

「家族のこと」では基本の情報と、急な診療に役立つ情報、
家族のしもを記載するページがあります。書きたくな
い内容は無理に書く必要はありません。

まずは突然の発病や診療が必要になった場面でも正確な
情報を伝えられるよう、整理しておくことから始めま
しょう。

名前やニックネーム

続柄

について

基本の情報

フリガナ

氏名

生年月日 西暦 年（大正・昭和・平成・令和 年） 月 日生まれ

血液型

干支

星座

出生地

本籍地

住所

電話

メールアドレス

@

勤務先(学校)

名称

所属

所在地

電話

備考

学歴・職歴

	学校名	入学・卒業年					
幼稚園 / 保育園		入園	年	月	／ 卒園	年	月
小学校		入学	年	月	／ 卒業	年	月
中学校		入学	年	月	／ 卒業	年	月
高校・高専		入学	年	月	／ 卒業	年	月
大学・専門学校		入学	年	月	／ 卒業	年	月
大学院		入学	年	月	／ 卒業	年	月

会社・機関・団体名	業種・主な職種	入社・退社年					
		入社	年	月	／ 退社	年	月
		入社	年	月	／ 退社	年	月

書類関係

名称	記号・番号	保管場所・その他
マイナンバーカード		
健康保険証		

備考

からだのこと

※このページのコピーを携帯しておくとし「もしも」の時に役立ちます

身長

cm

体重

kg

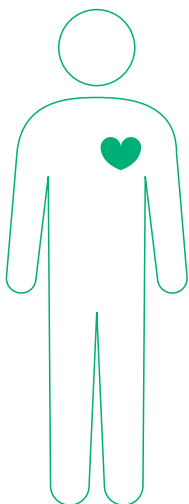
視力

右

左

腹囲

cm



名前

その他

健康上の注意点、障害について、過去の医療行為で困ったことなど明記しましょう。

血液型

型 Rh (+ / -)

血圧 最高

最低

アレルギー(食べ物)

☐ 有 ☐ 無

(具体的に

アレルギー(薬)

☐ 有 ☐ 無

(具体的に

アレルギー(他)

☐ 有 ☐ 無

(具体的に

持病・過去の病気

病名	期間	医療機関・担当医師	手術
			☐ 有 ☐ 無
			☐ 有 ☐ 無
			☐ 有 ☐ 無
			☐ 有 ☐ 無
			☐ 有 ☐ 無
備考			

服用している薬

病名・症状	薬の種類・その他	保管場所	服用頻度	服用
				☐ 終了
				☐ 終了
				☐ 終了
				☐ 終了
				☐ 終了
				☐ 終了
備考				

予防接種の記録

日付

ワクチン名	1回目	2回目	3回目	4回目	医療機関・場所	副反応
						☐ 有 ☐ 無
						☐ 有 ☐ 無
						☐ 有 ☐ 無
						☐ 有 ☐ 無
						☐ 有 ☐ 無
						☐ 有 ☐ 無
備考						

メモ

名前やニックネーム

続柄

について

基本の情報

フリガナ

氏名

生年月日 西暦 年（昭和・平成・令和 年） 月 日 生まれ

血液型

干支

星座

出生地

本籍地

住所

電話

メールアドレス

@

勤務先(学校)

名称

所属

所在地

電話

備考

学歴・職歴

	学校名	入学・卒業年					
幼稚園 / 保育園		入園	年	月	／ 卒園	年	月
小学校		入学	年	月	／ 卒業	年	月
中学校		入学	年	月	／ 卒業	年	月
高校・高専		入学	年	月	／ 卒業	年	月
大学・専門学校		入学	年	月	／ 卒業	年	月
大学院		入学	年	月	／ 卒業	年	月

会社・機関・団体名	業種・主な職種	入社・退社年					
		入社	年	月	／ 退社	年	月
		入社	年	月	／ 退社	年	月

書類関係

名称	記号・番号	保管場所・その他
マイナンバーカード		
健康保険証		

備考

からだのこと

※このページのコピーを携帯しておくとし「もしも」の時に役立ちます

身長

cm

体重

kg

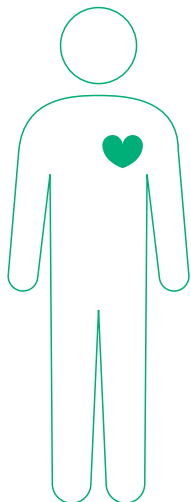
視力

右

左

腹囲

cm



名前

その他

健康上の注意点、障害について、過去の医療行為で困ったことなど明記しましょう。

血液型

型 Rh (+ / -)

血圧 最高

最低

アレルギー(食べ物)

☐ 有 ☐ 無

(具体的に

アレルギー(薬)

☐ 有 ☐ 無

(具体的に

アレルギー(他)

☐ 有 ☐ 無

(具体的に

持病・過去の病気

病名	期間	医療機関・担当医師	手術
			☐ 有 ☐ 無
			☐ 有 ☐ 無
			☐ 有 ☐ 無
			☐ 有 ☐ 無
			☐ 有 ☐ 無
備考			

服用している薬

病名・症状	薬の種類・その他	保管場所	服用頻度	服用
				☐ 終了
				☐ 終了
				☐ 終了
				☐ 終了
				☐ 終了
				☐ 終了
備考				

予防接種の記録

日付

ワクチン名	1回目	2回目	3回目	4回目	医療機関・場所	副反応
						☐ 有 ☐ 無
						☐ 有 ☐ 無
						☐ 有 ☐ 無
						☐ 有 ☐ 無
						☐ 有 ☐ 無
						☐ 有 ☐ 無
備考						

メモ

家族のこと ①

家族のこと ②

家族のこと ③

家族のこと ④

かかりつけ医・からだ記録

家族の緊急事態

名前やニックネーム

続柄

について

基本の情報

フリガナ

氏名

生年月日 西暦 年（昭和・平成・令和 年） 月 日 生まれ

血液型

干支

星座

出生地

本籍地

住所

電話

メールアドレス

@

勤務先(学校)

名称

所属

所在地

電話

備考

学歴・職歴

	学校名	入学・卒業年
幼稚園 / 保育園		入園 年 月 / 卒園 年 月
小学校		入学 年 月 / 卒業 年 月
中学校		入学 年 月 / 卒業 年 月
高校・高専		入学 年 月 / 卒業 年 月
大学・専門学校		入学 年 月 / 卒業 年 月
大学院		入学 年 月 / 卒業 年 月

会社・機関・団体名	業種・主な職種	入社・退社年
		入社 年 月 / 退社 年 月
		入社 年 月 / 退社 年 月

書類関係

名称	記号・番号	保管場所・その他
マイナンバーカード		
健康保険証		

備考

からだのこと

※このページのコピーを携帯しておくとし「もしも」の時に役立ちます

身長

cm

体重

kg

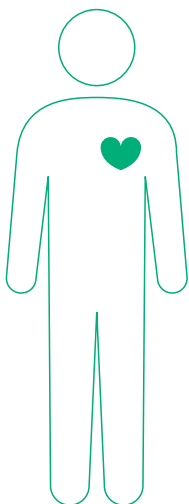
視力

右

左

腹囲

cm



名前

その他

健康上の注意点、障害について、過去の医療行為で困ったことなど明記しましょう。

血液型

型 Rh (+ / -)

血圧 最高

最低

アレルギー(食べ物)

☐ 有 ☐ 無

(具体的に

アレルギー(薬)

☐ 有 ☐ 無

(具体的に

アレルギー(他)

☐ 有 ☐ 無

(具体的に

持病・過去の病気

病名	期間	医療機関・担当医師	手術
			☐ 有 ☐ 無
			☐ 有 ☐ 無
			☐ 有 ☐ 無
			☐ 有 ☐ 無
			☐ 有 ☐ 無
備考			

服用している薬

病名・症状	薬の種類・その他	保管場所	服用頻度	服用
				☐ 終了
				☐ 終了
				☐ 終了
				☐ 終了
				☐ 終了
				☐ 終了
備考				

予防接種の記録

日付

ワクチン名	1回目	2回目	3回目	4回目	医療機関・場所	副反応
						☐ 有 ☐ 無
						☐ 有 ☐ 無
						☐ 有 ☐ 無
						☐ 有 ☐ 無
						☐ 有 ☐ 無
						☐ 有 ☐ 無
備考						

メモ

家族のこと ①

家族のこと ②

家族のこと ③

家族のこと ④

かかりつけ医・からだ記録

家族の緊急事態

名前やニックネーム

続柄

について

基本の情報

フリガナ

氏名

生年月日 西暦 年（昭和・平成・令和 年） 月 日 生まれ

血液型

干支

星座

出生地

本籍地

住所

電話

メールアドレス

@

勤務先(学校)

名称

所属

所在地

電話

備考

学歴・職歴

	学校名	入学・卒業年
幼稚園 / 保育園		入園 年 月 / 卒園 年 月
小学校		入学 年 月 / 卒業 年 月
中学校		入学 年 月 / 卒業 年 月
高校・高専		入学 年 月 / 卒業 年 月
大学・専門学校		入学 年 月 / 卒業 年 月
大学院		入学 年 月 / 卒業 年 月

会社・機関・団体名	業種・主な職種	入社・退社年
		入社 年 月 / 退社 年 月
		入社 年 月 / 退社 年 月

書類関係

名称	記号・番号	保管場所・その他
マイナンバーカード		
健康保険証		

備考

からだのこと

※このページのコピーを携帯しておくとし「もしも」の時に役立ちます

身長

cm

体重

kg

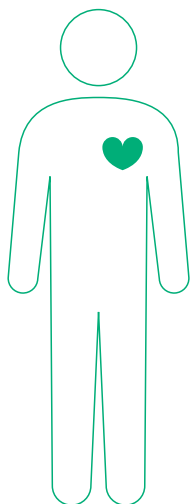
視力

右

左

腹囲

cm



名前

その他

健康上の注意点、障害について、過去の医療行為で困ったことなど明記しましょう。

血液型

型 Rh (+ / -)

血圧 最高

最低

アレルギー(食べ物)

☐ 有 ☐ 無

(具体的に

アレルギー(薬)

☐ 有 ☐ 無

(具体的に

アレルギー(他)

☐ 有 ☐ 無

(具体的に

持病・過去の病気

病名	期間	医療機関・担当医師	手術
			☐ 有 ☐ 無
			☐ 有 ☐ 無
			☐ 有 ☐ 無
			☐ 有 ☐ 無
			☐ 有 ☐ 無
備考			

服用している薬

病名・症状	薬の種類・その他	保管場所	服用頻度	服用
				☐ 終了
				☐ 終了
				☐ 終了
				☐ 終了
				☐ 終了
				☐ 終了
備考				

予防接種の記録

日付

ワクチン名	1回目	2回目	3回目	4回目	医療機関・場所	副反応
						☐ 有 ☐ 無
						☐ 有 ☐ 無
						☐ 有 ☐ 無
						☐ 有 ☐ 無
						☐ 有 ☐ 無
						☐ 有 ☐ 無
備考						

メモ

家族のこと ①

家族のこと ②

家族のこと ③

家族のこと ④

かかりつけ医・からだ記録

家族の緊急事態

家族のかかりつけの医療機関

医療機関名	診療科目・通院目的	担当医師
電話	住所	
休診日	備考	

医療機関名	診療科目・通院目的	担当医師
電話	住所	
休診日	備考	

医療機関名	診療科目・通院目的	担当医師
電話	住所	
休診日	備考	

医療機関名	診療科目・通院目的	担当医師
電話	住所	
休診日	備考	

医療機関名	診療科目・通院目的	担当医師
電話	住所	
休診日	備考	

医療機関名	診療科目・通院目的	担当医師
電話	住所	
休診日	備考	

医療機関名	診療科目・通院目的	担当医師
電話	住所	
休診日	備考	

医療機関名	診療科目・通院目的	担当医師
電話	住所	
休診日	備考	

医療機関名	診療科目・通院目的	担当医師
電話	住所	
休診日	備考	

医療機関名	診療科目・通院目的	担当医師
電話	住所	
休診日	備考	

医療機関名	診療科目・通院目的	担当医師
電話	住所	
休診日	備考	

医療機関名	診療科目・通院目的	担当医師
電話	住所	
休診日	備考	

3年分の出来事や予定を一覧できます

病気や通院履歴だけでなく花粉症になった時期や日々の体調面の出来事を記載すると翌年の参考にもなります

1月

2月

3月

4月

5月

家族全員で
インフルエンザの
予防接種

次男〇〇
喘息発症
病院へ受診

こども達の
歯科健診

パパ健康診断

[illegible]

「家族の緊急事態」を書く

家族の人数が多ければ多いほど日常生活を送る上でたくさんの“もしも”があります。

家族が怪我をしたり、甚大な自然災害がいつ襲って来るかもわからない状況です。

「家族の緊急事態」では、数ある“もしも”について、事前に家族と話し合い、共通認識をもって書き留めるページです。

家族の緊急事態について

家族の急な病気や怪我、災害時の対応など想定されるさまざまな「もしも」について話し合しましょう

ポイント 

緊急連絡先には勤め先や学校なども記載し、ひと目でたくさんの情報が閲覧できるようにまとめておきましょう

警察	消防	救急車
電話 110	電話 119	電話 119

家族の緊急連絡先一覧

氏名	緊急連絡先名	電話番号	備考
	1.		
	2.		

氏名	緊急連絡先名	電話番号	備考
	1.		
	2.		

氏名	緊急連絡先名	電話番号	備考
	1.		
	2.		

氏名	緊急連絡先名	電話番号	備考
	1.		
	2.		

氏名	緊急連絡先名	電話番号	備考
	1.		
	2.		

その他の連絡先

※電気や水道などのライフラインも記入しておくといでしょう

記入日 年 月 日 ※このページのコピーを携帯しておくとしも」の時に役立ちます

避難場所 MAP

我が家のルール

災害時に役立つ手段

和歌山県防災ナビ（アプリ）

災害時に的確な避難を行っていただくために避難に役立つ各種機能を備えています。

アプリの主な機能

- 近くの避難先を検索
- 家族などの居場所を確認
- 日頃からの避難トレーニング
- 防災情報をプッシュ通知でお知らせ
- 河川水位情報・土砂災害危険度情報を確認
- 災害時に必要な備蓄品目や数量を計算



◀◀◀ダウンロードはこちらから

災害用伝言ダイヤル（171）～音声～

地震などの災害が発生し、被災地で電話がつながりにくくなった場合に提供される伝言板です。（録音は30秒以内です）



上手な医療のかかり方



＼わかります！不安に思うその気持ち！／

ですが、みんなの医療を守るために「かかり方」を知り、考え、行動することが大切です

こどもの夜間・休日の症状の相談は

☎ #8000 まで

相談時間 平日…午後7時～翌朝9時

土日祝・年末年始（12月29日～1月3日）…午前9時～翌朝9時



気軽に相談できるかかりつけ医を持ちましょう

夜間や休日診療は**重篤な急患**のためにあります



近くの医療機関をご案内

☎ 073-426-1199

（和歌山県救急医療情報センター）

医療機関や薬局を探したい！

わかやま医療情報ネット

