

緊急連絡票

- ・ もしもの時のために記載しておき、玄関や電話の近くなど見やすい場所に保管するなど、用途に合わせて活用ください。切り取ってもお使いいただけます。
- ・ エンピツで記入すると、変更がある場合に書き直しがしやすくなります。

氏名（ふりがな） <hr/> (☎ - -)		記入年月日	年	月	日			
		生年月日	M・T・S・H	年	月	日		
		血液型	型 (Rh)	+	・	-		
		アレルギー	無・有 ()					
(住所) 旭川市								
現在治療中の病気	かかりつけ医療機関名	担当医	☎					
			-	-				
			-	-				
			-	-				
かかりつけ薬局								
これまでにかかった病気								
身体状況	医療処置	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 介助内容： <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 意思疎通 <input type="checkbox"/> その他 ()						
緊急連絡先など								
家族等	①	氏名	(続柄)			☎	-	-
		住所						
	②	氏名	(続柄)			☎	-	-
		住所						
	③	氏名	(続柄)			☎	-	-
		住所						
ケアマネ	名称		(担当者)			電力会社	名称	
	住所		☎ - -				☎	-
訪問看護	名称		(担当者)			医療機器メーカー	名称	
	住所		☎ - -				☎	-
最寄りの避難所								
						☎	-	-