

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）		記入年月日	年	月	日	
		生年月日	M・T・S・H・R	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	☎ - -			
		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						
				☎ - -		