

緊急時連絡票

施設名

担当者

電話番号

【基本情報】

氏名	(フリガナ)		
	男・女		
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日 (歳)	電話
			携帯電話
住所			

【医療情報】

既往歴 (治療中の病気含む)	高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心疾患 ・ 脳卒中 ・ 認知症 その他()		
服用している薬	※お薬手帳がある方は記載不要ですので、手帳を持参してください。		
アレルギー	有 () ・ 無		
	かかりつけ医療機関①		かかりつけ医療機関②
病院名			
住所	市・区		市・区
電話番号			

【ADL】

【要介護度】

歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	非該当	要支援	要介護
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		1 ・ 2	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			

【緊急連絡先】

氏名	電話番号	住所	続柄
	電話 携帯電話		
	電話 携帯電話		
	電話 携帯電話		

【その他連絡事項(バイタルサイン等)】

--

【持ち物】 お金 ・ 保険証 ・ 服用薬(お薬手帳) ・ 靴 ・ 杖等