

緊急時活用情報一覧

令和 年 月 日

フリガナ 氏名				生年 月日	明 大 昭	年 月 日	性別	男・女
住所	〒				電話	自宅 携帯		
緊急 連絡 先 <small>(最大3つまで)</small>	氏名	続柄	住所			電話		
						自宅 携帯		
						自宅 携帯		
						自宅 携帯		
かかり つけの 病院 <small>(最大3つまで)</small>	病院名	診療科	担当医	所在地		電話		
持病	() () ()							
	名称					電話・FAX		
利用中のケアマネ事業所 (介護支援専門員事業所)						電話 F A X		
利用中の居宅サービス事 業者 (ホームヘルプ・訪 問看護等)						電話 F A X		
特記事項								

※お薬手帳の写し・診察券の写しなど、緊急時に必要と思われるものは一緒に保管しておきましょう。