

緊急事態に対応するための連絡カード

平成 年 月 日現在

フリガナ 利用者のお名前	男 女	介護者の お名前	続柄・世帯主・別住	男 女
生年月日	明・大・昭 年 月 日生・満 歳	明・大・昭 年 月 日生・満 歳		
住 所		電話番号	()	
かかりつけの医師 (病院名・科)		連絡先 深夜連絡先	() ()	
保険証番号		障害者手帳	有・無 番号	
既往症		服 薬	有・無(何のための薬ですか)	
障害などの 注意点				
緊急事態 移送病院				

◎ 第一連絡先はどちらにしますか…… 救急車 ・ ご家族

緊急事態連絡先の順序

順序	氏名(機関名)	ご利用者 との関係	住 所	電話番号
1	フリガナ			() -
2	フリガナ			() -
3	フリガナ			() -

☆ 連絡カードご記入者は第1連絡者の方をお願い致します。
緊急連絡先に変更があった場合は速やかに下記までご連絡下さい。

独立行政法人 国立病院機構
訪問看護ステーション うたの
075-461-5121 (内線 7816)