

緊急連絡シート

作成日 年 月 日

フリガナ	ハセガワ マサヤ		性別	生年月日		血液型	初回訪問日
氏名	長谷川 誠也 様 男・女			年 月 日			
住所	〒				TEL		
緊急連絡先	続柄		氏名	住所			TEL
	(1)		様				
	(2)		様				
緊急避難場所	地震・災害		TEL	住所			備考
	洪水・津波		TEL	住所			備考
病歴・通院状況	病院名		診療科	主治医	TEL	通院病名	服薬の有無
ケアマネージャー事業所		担当ケアマネー	TEL		FAX		介護度
障害者手帳					アレルギー	()	
感染症							
抗血栓薬の有無					HD		
家族構成・不在時の対応・鍵の管理							
災害時の対応 (BCP)				ここにロゴ等使用 TEL: 00-0000-0000 FAX: 00-0000-0000			
独居・同居							
護送区分							
医療的ケア							
電源の必要性							
その他留意事項							