

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 | | | 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 | | | | | | | |