

( 年 月 日作成)

# 緊急時の連絡先を 記入しましょう

ふりがな 氏名		性別 男・女	T S H	年 月 日生	歳
住所 長野市	自宅電話		血液型		
	携帯電話		A・B・O・AB Rh (+・-)		
	かかりつけ医療機関		かかりつけ医療機関		
病院名					
電話番号					
科目及び担当医					
病名					
今までにかかったことがある病気	・心臓病・糖尿病・脳血管疾患・神経痛(神経炎)・高血圧性疾患				
	・消化器疾患・事故による疾病( )				
	・その他( )				

緊急連絡先 氏名	続柄	電話番号	住所
①		自宅	
		携帯	
②		自宅	
		携帯	
③ 民生児童委員 氏名		自宅	
		携帯	
災害時の支援において特に気を付けてほしいこと(例・右足不自由・視覚障害・服薬名など)			

在宅介護支援機関	所在地	電話番号	ケアマネージャー氏名