**緊急時連絡シート**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **警察　　　１１０** |  | **救急　　　１１９** |  | **消防　　　　１１９** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人の情報 | | | | | | | |
| フリガナ |  | 生年月日 | | | 明・大・昭・平・令　　　年　　月　　　日 | | |
| 氏名 |  | 血液型 | | | A・B・O・AB型　　　　RH（+・-） | | |
| 住所 |  | | | | | 性別 | 男　・女　・その他 |
| 電話番号 | （　　　　　　　） | | 携帯 | （　　　　　　　） | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療情報 | | | |
| 既往症 | なし・あり（心臓病・糖尿病・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）） | | |
| 服薬 | なし・あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| アレルギー | | なし・あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 手術歴 | なし・あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 障害など  の注意  点 |  | | |
|  | | |
|  | | |
| かかりつけ医療機関 | 名称 | |  |
| TEL | |  |
| 所在地 | |  |
| 緊急時  移送医療機関 | 名称 | |  |
| TEL | |  |
| 所在地 | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急連絡先 | | | | | |
| 氏名 | 続柄 | 電話番号 | 氏名 | 続柄 | 電話番号 |
|  |  | （　　　　） |  |  | （　　　　） |
|  |  | （　　　　） |  |  | （　　　　） |
|  |  | （　　　　） |  |  | （　　　　） |