別記様式第１号（第２条関係）

年　　月　　日作成

年　　月　　日変更

救 急 情 報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ふ　り　が　な****氏　　　　名** | **生 年 月 日** | **性 別** | **血液型** |
|  | **年　　月　　日（　　歳）** | **男・女** | **型** |
| **電 話 番 号** | **住　　　　　　　所** |
| **自宅** | **新宮市** |
| **携帯** |
| **世 帯 の 状 況** | **（自分を含め）　　　　　　人暮らし** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **かかりつけ医療機関①** | **かかりつけ医療機関②** |
| **名　　　　　　称** |  |  |
| **電　話　番　号** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **持病・アレルギー等** | **服薬内容（薬剤情報提供書の写し等）** |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **指定居宅介護支援事業者****（介護認定を受けている場合）** | **電　話　番　号** | **所　 在　 地** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ふ　り　が　な****緊急連絡先氏名** | **続柄** | **電話番号（携帯）** | **住　　　　　　所** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |