

緊急時

以下は、あてはまるものに○印又は記入をしてください。

(記入日 年 月 日)

氏名	男 ・ 女	
	年 月 日	血液型 A B AB O
緊急時連絡先	だれ宛に	連絡先(住所, 会社名等)
	氏名	電話番号
	氏名	電話番号
てんかん発作		緊急時に指示を仰ぐ医療機関名
<ul style="list-style-type: none"> てんかん発作 あり ・ なし 発作が起きたらどうすればよいですか？ 		電話番号
主治医名		
医療的ケアに関すること		緊急時に指示を仰ぐ医療機関名
<ul style="list-style-type: none"> 日常的な医療的ケア あり ・ なし 経鼻栄養 胃ろう 酸素投与 どう尿 吸引 気管切開 その他 		電話番号
主治医名		
アレルギーに関すること		緊急時に指示を仰ぐ医療機関名
<ul style="list-style-type: none"> アナフィラキシー あり ・ なし 絶対に食べてはいけないもの 絶対に使ってはいけない医薬品 食べたり接触した時はどうすればいいですか？ 		電話番号
主治医名		

医療機関からの意見書等があれば、このページに添付又は差し込みしてください。