

救急連絡カード（例）

（あらかじめ記入し、保管をお願いします。）

ご本人	ふりがな	(姓)	(名)	性別	生年月日		
	お名前			男・女	T S	年 月 日	
	住所						
	ADL	<input type="checkbox"/> 完全自立 <input type="checkbox"/> 補助具（杖・手すり等）利用で自立 <input type="checkbox"/> 要部分介助 <input type="checkbox"/> 要全介助					
	介護認定			アレルギー			
	主な既往歴	病名 (高血圧症など)	治療医療機関名		診療時期 (H25～現在など)	経過	
						治療中・完治	
					治療中・完治		
					治療中・完治		
					治療中・完治		
					治療中・完治		
ご家族等	お名前		続柄	電話番号		連絡状況	
				()		済・未・不通	
				()		済・未・不通	
				()		済・未・不通	
				()		済・未・不通	
備考							