緊急時情報シート

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成日：　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **１** | **氏名（フリガナ）** |  |
| **２** | **性別** | **□　男　　□　女** |
| **３** | **生年月日** | **年　　　月　　　日生** |
| **４** | **住所** |  |
| ５ | 現在治療中の疾患 | 　□　有　　□　無　 | 【疾患名】 |
| ６ | 既往疾患 | 　□　有　　□　無　 | 【疾患名】 |
| ７ | アレルギー | 　□　有　　□　無　 | 【内容】 |
| ８ | 服用薬 | 　□　有　　□　無　 | 【内容】　 |
| ９ | かかりつけ医 | 　□　有　　□　無　 | 病院名： |
| 医師名： |
| 連絡先： |
| １０ | その他 |  |

施設名

連絡先