

緊急時連絡票

施設名	
-----	--

担当者	
-----	--

住所	
----	--

電話番号	-	-	-	-	-
------	---	---	---	---	---

【基本情報】

【記載日】 平成 年 月 日

氏名	(フリガナ)				生年月日	元号				住所			
		性別		年		月	日	歳				電話	
保険証	被保険者名				血液型	A B O AB			HBs	抗原() 抗体()			
						HCV							
					義歯				認知症				
家族等 (キーパーソン)		氏名	①					②					
		住所											
		電話											
		関係											
既往歴 (現有疾患含む)													
入院(入所)歴													
かかりつけ医		①					②						
ADL		移動						排泄	-				
		入浴						食事	-				
		着替え	-					意思疎通	-				
		整容・口腔ケア	-										

※基本情報は入所時に記載した場合は、基本情報の確認・更新をお願いします。

【状況報告】 ※受診の際記載し、必ず持参下さい

①紹介理由 (症状・発生日時含む)			
②前日までの経過			
③血圧	-	~	-
④体温	-	℃	
内服薬 (下剤・外用薬等含む)	※お薬手帳がある方は記載不要ですので、手帳を持参願います。		
(引率者氏名:)			
特記事項			