

○緊急時の医療情報連絡票

様式3

【基本情報】

作成日 年 月 日

氏名 (フリガナ)	()					
生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
住所	TEL					
現在治療中の病気						
既往歴						
障害者手帳の有無 (級)	有 ・ 無 (手帳種級)		介護保険受給の有無 (級)		有 ・ 無 ()	
基礎情報	身長	cm	体重	kg	血圧	/ mm hg
	体温	℃	脈拍	回 / 分	SpO ₂	%
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 口話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> 口文字 <input type="checkbox"/> 意思伝達装置 () <input type="checkbox"/> その他 () 具体的に記載 (Yes / No のサイン等)					
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的に:)					
主治医	医療機関名 () 医師名 () 住所 () 電話 ()					
その他の特記事項						

■ 医療情報等に関する貼付・記載欄

【例】 お薬手帳のコピーや医療・福祉用品の写真、使用方法等の注意事項など