

能勢町命のカプセル

緊急時連絡票

(_____年____月____日作成)

(_____年____月____日変更)

◆下記の内容を、救急隊や医療機関、行政関係者等が活用することに同意の上、ご記入ください。

本人	ふりがな		性別	男 ・ 女	生年月日	大・昭・平・令・西暦		
	氏名					年	月	日
	住所	能勢町			電話	-	-	
					血液型	型 (RH + ・ -)		

緊急連絡先	氏名 (ふりがな)	続柄	住所	電話番号		
					自宅	- -
					携帯	- -
					自宅	- -
携帯					- -	

かかりつけ医療機関 科目 (担当医)	所在地 電話番号	通院している病名	服薬の有無 (内服薬)
			有 ・ 無 ()
科 ()	- -		有 ・ 無 ()
			有 ・ 無 ()
科 ()	- -		有 ・ 無 ()
			有 ・ 無 ()
科 ()	- -		有 ・ 無 ()
アレルギーの有無		無 ・ 有 ()	
その他 特記事項			
救急隊への 伝言			

障がい者手帳 または 要介護認定 (該当に○)	障がい者手帳あり	要介護認定あり
		身体 ・ 知的 ・ 精神 (級)
上記の詳細		

※支援を受けるために必要と思われる項目についてご記入ください。(全て記入する必要はありません。)

※能勢町 命のカプセル 添付書類 貼り付け面

①ご本人と確認が出来る写真

②健康保険証の写し

③診察券の写し

④お薬手帳など