

# 緊急時

以下は、あてはまるものに○印又は記入をしてください。

(記入日 年 月 日)

氏名	男 ・ 女	
	年 月 日	血液型 A B AB O
緊急時連絡先	だれ宛に	連絡先(住所, 会社名等)
	氏名	電話番号
	氏名	電話番号
てんかん発作		緊急時に指示を仰ぐ医療機関名
<ul style="list-style-type: none"> <li>てんかん発作 あり ・ なし</li> <li>発作が起きたらどうすればよいですか？</li> </ul>		電話番号
		主治医名
医療的ケアに関すること		緊急時に指示を仰ぐ医療機関名
<ul style="list-style-type: none"> <li>日常的な医療的ケア あり ・ なし</li> <li>経鼻栄養 胃ろう 酸素投与</li> <li>どう尿 吸引 気管切開</li> <li>その他</li> </ul>		電話番号
		主治医名
アレルギーに関すること		緊急時に指示を仰ぐ医療機関名
<ul style="list-style-type: none"> <li>アナフィラキシー あり ・ なし</li> <li>絶対に食べてはいけないもの</li> <li>絶対に使ってはいけない医薬品</li> <li>食べたり接触した時はどうすればいいですか？</li> </ul>		電話番号
		主治医名



医療機関からの意見書等があれば、このページに添付又は差し込みしてください。