

「救急カプセルクジラくん」個人カード

記入日 年 月 日

ご自身

氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日 (歳)

住所 電話番号

緊急時の連絡先

氏名 続柄： 電話番号 携帯

氏名 続柄： 電話番号 携帯

氏名 続柄： 電話番号 携帯

担当 居宅支援事業所： (担当) 電話番号

かかりつけ医院・病院

医院・病院名、科	病名(わかる範囲で)	薬の有無 別紙薬情報
医院・病院 科		有 ・ 無 薬情報を入れてください
医院・病院 科		有 ・ 無 薬情報を入れてください
医院・病院 科		有 ・ 無 薬情報を入れてください
医院・病院 科		有 ・ 無 薬情報を入れてください

受けている治療 ペースメーカー 有 ・ 無

人工透析 有 ・ 無

