

様 緊急時連絡先

優先順	氏 名	続柄	連絡先	番 号	メール連絡
①	様		ご自宅・携帯・勤務先		可 ・ 不可
②	様		ご自宅・携帯・勤務先		可 ・ 不可
③	様		ご自宅・携帯・勤務先		可 ・ 不可
④	様		ご自宅・携帯・勤務先		可 ・ 不可
⑤	様		ご自宅・携帯・勤務先		可 ・ 不可

※上記の情報は、利用者様のご様態をお伝えする時等に使用させていただきます。

※ご家族様代表者含め、必ず2名以上のご連絡先をご記入をお願いします。

緊急を要する医療行為が発生した場合、ご本人様ご指定の医療機関等がございましたらお書き下さい。
 (※ただし、救急搬送可能な距離の範囲内にてお願い致します。)

指定なし

・

への搬送を希望

※専門医の不在、その他医療機関等の理由により、手配がご希望に添いかねる場合もあります。

施設記入欄	
ご家族様構成	その他