

救急搬送時の情報提供書

令和 年 月 日 時点

フリガナ		性別	生年月日	H・R	年	月	日
氏名		男・女	施設	園			
	TEL						
住所							
アレルギー	有 無 不明			感染症	有 無 不明		
	[]				[]		
緊急搬送先				かかりつけ医院			
				①			
				②			
				③			
病名							
注意事項							
医療機器の使用				常備薬			
緊急連絡先	フリガナ			続柄			
	①	TEL					
	フリガナ			続柄			
	②	TEL					
	フリガナ			続柄			
	③	TEL					

個人情報の取り扱いについて

・安全な医療的ケア対応の実施、緊急時の迅速な対応にあたり、必要な情報について敦賀美方消防へ情報提供します。

年 月 日

保護者氏名

以上、同意及び確認の上署名します。