入所者緊急時情報カード

施設名		電話	

※救急隊員に渡してください　　富士市消防本部

住　所			
氏　名			
生年月日	M・T・S　年　月　日（　歳）男・女		
緊急連絡先	TEL.	氏名 (関係)	
既往歴及び アレルギーの有無	有・無（　）		
現病歴			
かかりつけ			
飲んでいる薬			
病院診察券	有・無　ＩＤナンバー《　》		
会　話	できる　少し　できない	歩行	歩ける　少し　歩けない

※入所者の発症時の状態を、できる範囲で御記入ください。

い　つ	月　日　時　分頃		
ど こ で			
どうなった （訴　え）			
血　圧	/　mmHg	体温	℃
家族等への連絡	有・無　連絡先(　)		
救急車の同乗者	有・無　関係(　)		
受入病院への連絡	有・無　病院名（　）		
備　考			

※情報カードは、病院収容後、御家族または関係者にお返しいたします。