

医療情報提供書

作成日 年 月

フリガナ			年齢		性別	
氏名				生年月日		
住所			TEL			
病歴					血液型	
既往症						
予防接種						
アレルギー						
常用服用薬						
ADL						
留置カテーテル	種類		サイズ	(シャフト径)	(シャフト長)	
かかりつけ			主治医			
搬送希望先						
緊急連絡先		続柄：	TEL	(携帯)		
		続柄：		(携帯)		
住所				(自宅)		
緊急時対応希望（心肺蘇生含む）						