



緊急時の対応



万が一、家族と離れてしまった場合の大切な情報になります。変更があった場合は、必ず部分修正や書き直しをお願いします。

かかりつけの医師や病院

医療機関名	(担当医)	専 門	
住 所		連絡先	
備 考			
医療機関名	(担当医)	専 門	
住 所		連絡先	
備 考			
医療機関名	(担当医)	専 門	
住 所		連絡先	
備 考			



緊急時の連絡先

家族以外でもかまいません



連絡順	氏 名	本人との続柄	連絡先
1			
2			
3			
4			