

救急隊にお渡しください。

令和 年 月 日現在

情 報 提 供 書

ふりがな			T・S・H・R	年 齢
氏 名		生年月日	年 月 日生	歳
住 所	☐ 施設に同じ アパート及びマンション名 号室			
電話番号	— —			
既 往 歴	これまでににかかったことのある病気または治療中の病気（分かる範囲で記載願います。）			
かかりつけ医療機関				
内 服 薬	（ 有 ・ 無 ）	※お薬手帳または内服薬の分かる物を一緒に救急隊に渡してください。		
アレルギー	（ 有 ・ 無 ）	（有の場合、分かる範囲で記載願います。）		
A D L	自立 ・ 要介護 ・ 要支援			
緊 急 連 絡 先				
氏 名		続 柄	連 絡 先	
①				
②				
③				