

※支援機関の皆さんとお話し合いの機会に作成して下さい。

作成者 ()

作成日 (年 月 日)

訪問調剤薬局 () TEL	主治医 評価入院 () TEL	訪問診療・かかりつけ () 病 TEL	訪問看護 (リハビリ) () 訪問 TEL	その他 TEL
----------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------	------------

医療機関

119
消防本部
に情報登録済み

症状が悪化してきている、
意識・呼吸がない時

いつもと様子が違うなあ、
ちょっと気になるなあ
(まだ家族で様子を見る
ことができる時)

に
搬送して頂く
よう伝えて
下さい

自宅 ① _____ の連絡先 (TEL : _____) ② _____ の連絡先 (TEL : _____)	日中活動場所 事業所名 : _____ (_____) 担当者 : _____ TEL _____	福祉サービス事業所 事業所名 : _____ (_____) 担当者 : _____ TEL _____	福祉サービス事業 事業所名 : _____ (_____) 担当者 : _____ TEL _____
--	---	--	---