**利用者カード　　　　＊取扱い注意**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | |  |
| 住所 | |  |
| 生年月日 | |  |
| 連絡先 | |  |
| 血液型 | |  |
| 緊急時の連絡先（家族等） | | |
| １ | 氏名と続柄 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 |  |
| ２ | 氏名と続柄 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 |  |
| 既往歴 （緊急時に備えるため必要な事項は必ず記入してください。） | |  |
| 服薬の有無 （服薬のある方は緊急時に備えるためできるだけ詳細に記載ください。） | |  |
| かかりつけ医 | | 医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  住　所　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 | |  |

緊急な対応が必要になった場合、このカードに記載をした情報を、医療機関等へ情報提供することに同意します。

|  |
| --- |
| 氏名（自署） |