

記載日 平成 年 月 日

情報連絡シート

富士五湖消防本部

シメイ 氏名	(男・女)		生年月日	(M・T・S 年 月 日 歳)						
ジュウショ 住所			電話番号							
普段の 状態	日常生活自立度	障害	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
		認知度	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
	身体状況	麻痺	無・有 ()							
		普段の意識状態								
キー パー ソン	同居家族等	無・有 (連絡のつく時間帯等を含めて記載)								
	連絡先		氏名	続柄	住まい (同居か否か)	緊急時の連絡先 (できれば自宅と携帯の両方)				
		1								
		2								
		3								
医療・ 介護 連携 機関	連絡先	医療機関名	担当主治医		代表番号					
病歴										
お薬手帳	有	無 ()								
アレルギー	無	有 ()								
入居施設の連絡先	施設名称			担当者氏名			電話番号			
備考 (特に救急隊に伝えたいこと があれば記載願います)										

※情報連絡シートはコピーしてお使いください