

記載日

年

月

日

情報連絡シート

富士五湖消防本部

氏名 シメイ		(男・女)		生年月日		(M・T・S 年 月 日 歳)		
住所 ジュウショ				電話番号				
普 段 の 状 態	日常生活自立度	障害		J1	J2	A1	A2	
		認知度		I	IIa	IIb	IIIa	
	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