

情報連絡シート（高齢者施設用）

記載日 年 月 日

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 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