

緊急時用資料

Uセンターでの急病や事故の際に必要な資料となりますのでご協力をお願いします。

使用券No(-) 20 年 月 日記入

| | | | |
|-----------------------------------|----------|------------------------------|---|
| フリガナ | 生年月日 | | |
| 氏名 | 大正 昭和 | 年 月 日 (歳) | |
| 住所 | 浦安市 | | |
| | 電話 | () | |
| 同居家族あり (本人含めて 名) | 同居家族なし | 血液型 | 型 |

緊急時連絡先

※同居家族あり→同居の方の携帯電話番号も必ず記入してください。
※同居家族なし→同居していない家族(子、兄弟)・親戚・勤務先など
※連絡してほしい順番に記入してください。

| | | | | |
|----------|----|--------|----|----------------------|
| 連絡順 ① | 氏名 | 本人との関係 | 電話 | () |
| | 住所 | | 携帯 | () |
| 連絡順 ② | 氏名 | 本人との関係 | 電話 | () |
| | 住所 | | 携帯 | () |

かかりつけの医院、病院 ※浦安市外は電話番号記入

| | | |
|-----|----|----------------------|
| 病院名 | 電話 | () |
| 病院名 | 電話 | () |

過去にかかった病気、現在治療中の病気 (ありましたら囲んでください)

| | | | | |
|------------------------|-------------------------|---------------------------------|------|-----|
| 高血圧 | 心臓病() | 脳血管疾患 | 高脂血症 | 胃 |
| 糖尿病 | 呼吸器() | がん(部位:) | | 前立腺 |
| 整形() | | 白内障・緑内障・その他() | | |

現在処方されている薬 (ありましたら囲んでください)

| | | | | |
|------------------------|-------------------------|-------------|-----|-----|
| 降圧剤 | 心臓病薬 | 血液をサラサラにする薬 | 胃薬 | |
| 高脂血症用薬 | 呼吸器系薬 | 安定剤 | 睡眠薬 | 点眼薬 |
| 糖尿病(内服・インシュリン注射 | | 回/日) | | |
| 整形() | その他() | | | |

その他