

表11

利用者連絡先リスト

作成日

年 月 日

名前	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん
住所				
生年月日				
傷病名				
血液型・感染症				
アレルギー・禁忌薬				
特別なケア				
特別な医療 (人工呼吸器等)				
緊急連絡先(自宅・携帯)				
家族・親戚等①				
家族・親戚等②				
家族・親戚等③				
訪問看護担当者				
主治医				
ケアマネジャー				
避難場所				
他のサービスの利用状況				

*災害時には利用者が避難所や親戚宅に避難することがあるため、被災していない遠方の親戚等の連絡先も確認しておく