

記入日(年 月 日)

『患者さん連絡票』について

こちらの『患者さん連絡票』は、当院での診察上、何か急にお知らせしなければならない事が生じた場合に、ご家族等にご連絡を差し上げるために作成するものです。個人情報の保持は厳重に行いますので、ご協力の程よろしくお願いいたします。

連 絡 票

ID _____

フリガナ()
ご本人氏名() 生年月日(大・昭・平・令 年 月 日生)
ご住所(〒)
自宅電話() 携帯番号()
ケアマネージャー:担当者() 所属()

☆ 非常時の連絡先 ①

フリガナ()
ご氏名() ご本人との続柄()
ご住所(〒)
自宅電話番号() 携帯電話番号()
勤務先等の日中連絡先名()
勤務先等の日中連絡先電話番号()

☆ 非常時の連絡先 ②

フリガナ()
ご氏名() ご本人との続柄()
ご住所(〒)
自宅電話番号() 携帯電話番号()
勤務先等の日中連絡先名()
勤務先等の日中連絡先電話番号()