

病気・受療状況、緊急連絡先 (20〇〇年〇月〇〇日現在)

【お願い！】 私は、**難病患者**です。緊急時には、この記録を搬送先の医師に見せてください。

| | | | |
|------------|--|---------|---------------|
| 病名 | | | |
| 氏名(よみかた) | () | 生年月日(才) | S 年 月 日 (才) |
| 緊急連絡先1(続柄) | () | 連絡先 | - - |
| 緊急連絡先2 | () | 連絡先 | - - |
| 住所 | | | |
| 自宅電話番号 | - - | | |
| 保険証種類 | | 記号・番号 | 記号 番号 |
| 特定疾患医療受給者証 | | 公費負担番号 | |
| 身体障害者手帳 | 〇〇県 第〇〇〇〇号 第〇種 〇級 〇〇〇障害(〇) | | |
| 通院先医療機関 | 〇〇〇病院 〇〇科 | | |
| 診察券番号 | - - (〇〇病院) | | |
| 主治医 | 〇〇 〇〇 医師 | | |
| 電話番号 | - - (代表) | 〇〇〇〇外来 | - - |
| 服薬中の薬 | 例)〇デカドロン錠 0.5mg 3T(朝2、昼1) 〇リリカカプセル75mg 5C(朝3、夕2) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 現在の症状 | 例)血液データ CRP- 0.03 抗好中球(MPO- 12) 検査日 '13年3月6日 | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

