

# 緊急連絡先

記入日 年 月 日

※自記筆でなくても結構です。世帯等関係なくご本人に近い親者の方を必ず3名の記載ください。住所はわかる範囲で結構です。

3名連絡先が記載できない場合は親族のご記載の上知人でも構いません。生活保護の方は役所の方も含め3名でも構いません。

※緊急連絡先の方はご本人が入院中に病院からの連絡があった場合、24時間連絡が取れるようにしておいてください。

患者様	フリガナ 氏名	【ID 〇〇〇〇〇〇〇〇】		ご連絡の際、病院名でお電話をおかけしてもよろしいですか。
	住所	〒	自宅TEL	はい / いいえ
			携帯TEL	はい / いいえ
緊急連絡先①	フリガナ 氏名	続柄		ご連絡の際、病院名でお電話をおかけしてもよろしいですか。
	住所	〒	自宅TEL	はい / いいえ
			携帯TEL	はい / いいえ
	職場名		職場TEL	はい / いいえ
緊急連絡先②	フリガナ 氏名	続柄		ご連絡の際、病院名でお電話をおかけしてもよろしいですか。
	住所	〒	自宅TEL	はい / いいえ
			携帯TEL	はい / いいえ
	職場名		職場TEL	はい / いいえ
緊急連絡先③	フリガナ 氏名	続柄		ご連絡の際、病院名でお電話をおかけしてもよろしいですか。
	住所	〒	自宅TEL	はい / いいえ
			携帯TEL	はい / いいえ
	職場名		職場TEL	はい / いいえ

備考(連絡時のご要望等ございましたらお書き下さい。)

緊急連絡先 は生命に危機があった場合のみ

## 関係機関連絡先

下記機関と関わりのある機関がありましたら下記口内に機関名と担当者・電話番号の記載をお願い致します。

生活保護ケースワーカー・保健師・地域包括支援センター・ケアマネジャー・計画相談員・子ども家庭支援センター・児童相談所 訪問看護師・入所施設・婦人相談員・学校・スクールソーシャルワーカー

退院に向けた調整の為、必要に応じてご記載いただいた関係機関の方とご連絡させていただくことがございます。

機関名	所属・担当者	TEL
福祉事務所		
保健所		