

緊急時用資料

済

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. -

《 新規 ・ 更新 ・ 再交付 》

*本人情報 Information of the person

20 年 月 日 記入

ふりがな			生年月日	Date of Birth	
氏名			大正 昭和	年 月 日 (歳)	
Name			西暦	年	
住所	浦安市		マンション アパート	名:	
Address	Urayasushi				
自宅電話:	()	携帯電話:	()		
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 Emergency contact					
※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:	()	

*医療情報 Medical information

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	心疾患 ()	脳血管疾患 ()	胃 高脂血症
糖尿病	呼吸器 ()	がん(部位:)	前立腺
整形 ()	骨粗しょう症	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)			
血圧の薬	心臓の薬	血液を サラサラにする薬	胃薬
コレステロールを 下げる薬	呼吸器系の薬	メンタルの薬	睡眠薬 点眼薬
糖尿病(内服・インシュリン注射)		吸入薬	便秘薬 漢方薬
整形(骨の薬・痛み止め)		その他()	

特記事項

受付 健康相談室

※個人情報「個人情報保護に関する方針」に則り、取り扱います。