|  |
| --- |
| **■家族・関係者連絡リスト** |

○ご家族だけでなく、緊急時には医療・介護関係者が連絡を取るために使用できるように記入してください。

**■家族・親族**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 続柄 | 住所・職場等 | 電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**■関係者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 名称 | 担当者 | 電話番号 |
| かかりつけ医 |  |  |  |
| その他の病院 |  |  |  |
|  |  |  |
| 訪問看護 |  |  |  |
|  |  |  |
| 訪問介護事業所 |  |  |  |
| 相談支援事業所 |  |  |  |
| 人工呼吸器取扱業者 |  |  |  |
| 在宅酸素取扱業者 |  |  |  |
| 電力会社 |  |  |  |
| 民生委員 |  |  |  |
| 市町 |  |  |  |
| 薬局 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **学校関係** |  |  |  |
|  |  |  |  |