

	名 称	電話番号	診療科・病歴・薬
かかりつけ 医療機関	〇〇病院	0296-■■■- □□□□	内科 慢性腎不全 △△錠・■■■錠 透析 (月・水・金)
	〇〇整形外科医院	029-△△△- ■■■■	整形外科 変形性膝関節症
訪問介護 通所介護 などの 利用	利用しているサービスに○をつけてください ① 訪問介護 (ヘルパー) 利用日 (月 火 水 木 金 土 日) 利用時間 10 時 00 分から 11 時 00 分まで ② 通所介護 (デイサービス) 利用日 (月 火 水 木 金 土 日) ③ その他 ()		
その他 救急隊に 伝えて おきたい こと	<ul style="list-style-type: none"> • 右足が曲げられない • 5年前に▲▲総合病院で手術歴がある 		