

緊急時支援事前登録書

登録年月日	年 月 日				
ふりがな					
氏名（登録者）					印
生年月日	年 月 日 （ 歳）				
性別	男 ・ 女				
住所					
電話番号	① 続柄（ ）				
	② 続柄（ ）				
障がい（持病 等）					
障がい者手帳の有無	有 無	身体	種 級	療育A1 A2 B1 B2	精神 級
コミュニケーション	言語 視覚ツール（絵カード） ジェスチャー 手話 筆記 その他（ ）				
アレルギーの有無	有 無				
発作の有無（状況）	有 無	状況			
発作時対応					
服薬の有無	有 無	食前	食後	頓服	医療機関
在学状況	有 無	学校名			
相談支援事業所	有 無	事業所名			
福祉サービス事業所	有 無	事業所名			
自由記載欄（現在利用されているサービスや、配慮してほしいこと 等）					

※代理人登録の場合は、下記項目にご記入をお願い致します

代理人氏名			
住所			
電話番号		登録者との関係	

※上記情報は、個人情報として行政及び福祉関係機関以外には使用致しません

受付者	氏名：	所属：
-----	-----	-----

※お薬手帳をお持ちの方はコピーの添付をお願い致します。