

# 特殊疾患傷病者情報

年 月 日

ふりがな		性別	生 年 月 日	住 所
氏 名				

保 護 者 名	保 護 者 勤 務 先	学 校 名	住 所
緊 急 連 絡 先	勤 務 先 電 話 番 号	代 表 者 名	電 話 番 号

かかりつけ病院名	傷 病 名	その他必要な事項
担当科 医師名		

※ 本情報は、個人情報の観点から必ず保護者の同意のうえ提出してください。

※ 本情報は、救急業務以外に使用しません。

本件に関する問い合わせ先： 津山圏域消防組合 警防課 救急救助係 TEL(0868)31-1265