

緊急連絡先

入院患者様 ならびにご家族様の方へ

緊急時の連絡先を下記の欄にご記入の上、
ナースセンターまでご提出いただけますよう、お願い申し上げます。

入院患者様氏名

電話番号

自宅 — —

携帯 — —

様

①	氏 名		続柄	連 絡 先		
				自宅	—	—
				携帯	—	—
	本人と同居・別居	勤務先名		勤務先TEL		
<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			—	—		

②	氏 名		続柄	連 絡 先		
				自宅	—	—
				携帯	—	—
	本人と同居・別居	勤務先名		勤務先TEL		
<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			—	—		

③	氏 名		続柄	連 絡 先		
				自宅	—	—
				携帯	—	—
	本人と同居・別居	勤務先名		勤務先TEL		
<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			—	—		

※必ずご連絡が取れる連絡先をご記入ください。

連絡が見つからない場合は、①から順の電話番号にご連絡させていただきます。

※携帯番号をお持ちの方は、必ずご記入ください。

※3名様のご記入をお願い申し上げます。



医療法人

くぼじまクリニック

☎ 048-533-7511