

救急医療情報用紙

ふりがな		血液型	性別
氏名		型	男・女
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日	① 電話 ②	
住所	熱海市		

医療情報

かかりつけの病院	①	②	
科目・担当医			
電話			
かかっている病気			
いつも飲んでいる薬			
特記事項 (アレルギーなど)			
保険証種類		番号等	

緊急連絡先

氏名	①	②	
続柄			
住所			
電話	① ②	① ②	

居宅介護（予防）支援事業者

事業所名		担当ケアマネジャー	電話
------	--	-----------	----

救急隊員への伝言・その他

容器内の情報は、救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。

平成 年 月 日

本人氏名

印鑑又はサイン

※記入方法は裏面を参照下さい。

記入のしかた・注意事項

《本人の情報について》

生年月日：該当する年号を○で囲み、ご記入ください。

住所：方がき、部屋番号までご記入ください。

《医療情報について》

医療情報については、身体状況をよく把握している医療機関を優先してご記入ください。

服薬内容については薬剤情報提供書・くすり手帳の写しなどを入れることによって代えることができます。

特記事項は特殊な疾病がある場合等にご記入ください。

保険証については、写しを入れることによって代えることができます。

《緊急連絡先について》

ご自身の状況を把握している方から順番にご記入ください。

ご家族以外の方でも結構です。

《居宅支援事業者について》

介護保険サービス利用者は、ケアマネージャー等に確認し、ご記入ください。

《救急隊員への伝言・その他について》

救急搬送時に注意して欲しいことや緊急時に役立つと思われることなどをご記入ください。

《同意について》

記載内容について同意いただいた上で、必ずご自身で氏名を記入し、押印してください。

①内容に変更があった場合、必ず内容を書き換えてください。

②救急活動において、必ずしも、伝言等について実行できるものではありません。