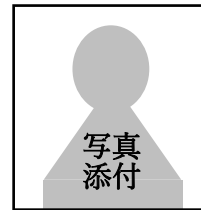




救急医療情報シート



※注 情報はいつも【最新のもの】にしておいてください。

年 月 日 作成

■本人に関する基本情報を記入してください。

(ふりがな)		性 別	血液型	生 年 月 日	明治・大正 昭和・平成 令和	年 月 日 (歳)
氏 名		男・女	型 + ・ -			
住 所			要 介 護			

■緊急時の連絡先を記入してください。(家族、親族、ケアマネさん、民生委員さん、ご近所さん)

	氏 名	続 柄	住 所
①			(電話)
②			(電話)
③			(電話)

■現在、治療中の病気・受診している医療機関等について書いてください。

	病 名	病院名・〇〇科・担当医師名・電話番号	現在の状況に○をつけます
①			治療中・経過観察中
②			治療中・経過観察中
③			治療中・経過観察中

■アレルギーは、なし・あり ()

■現在、服用中の薬について、書いてください。(例: 高血圧 △△△△)

■その他(救急隊員や治療にあたる医師に知らせたいこと)を記入してください。

(例) 認知症の有無、からだの不自由な部分、発作用の薬、これまでにした大きな病気など

■本人の確認署名欄

以上、わたしの医療情報等の内容に間違いありません。

できる範囲で救急搬送や救急処置の参考にしていただくことに同意します。

名 前 _____ (印)

※ボールペンなどで濃く、はっきり書いてください。

■この紙と一緒に 保険証(写し) ・ 診察券(写し) ・ お薬手帳 なし ・ あり