



# 救急医療情報シート



②

令和 年 月 日作成

◆本人に関する基本情報						
(ふりがな)		性別	血液型	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 ( 歳)
氏名		男・女	型 (+・-)			
住所				介護度	(電話)	
◆緊急時の連絡先(必ず連絡が取れる番号をご記入ください)						
	氏名	続柄	住所及び連絡先			
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						
	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		なし・あり( )				
◆現在、服用中の薬(発作時に服用している薬があれば必ず記入してください)						
◆その他(救急隊員や医師に知っておいてもらいたいこと) (もの忘れ等の頻度、からだの不自由な部分、これまでに罹った大きな病気、発症時期など)						
◆現在利用している福祉サービス・(契約していれば)担当ケアマネージャーおよび事業所						

### ◆本人の確認署名欄(署名もしくは記名・押印)

- ・上記の医療情報の内容に間違いありません。搬送や救急処置の参考にしてください。
- ・個人情報については、緊急時対応の消防・警察・市役所・社協等と情報を共有することに同意します。

氏名

\_\_\_\_\_

\* 記入する際は、濃い字ではっきりと書いてください。また、お薬等の情報は最新のものをお願いします。