



## 救急医療情報シート(記入例)



②

令和 年 月 日作成

◆本人に関する基本情報			
(ふりがな) おぎ たろう	性別	血液型	生年月日
氏名 小城 太郎	男	A 型 (+・-)	明治 大正 昭和
住所 小城市〇〇町〇〇123番地	介護度	あれば 記入	15 年 5 月 5 日 ( 83 歳)
◆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 小城 一郎	長男	佐賀市〇〇町〇〇 456番地 (電話) 080-9876-5432	
② 梅が枝 花子	長女	福岡県太宰府市 (電話) 070-4567-9123	
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	現在の状況に〇をつけます	
① 高血圧 コレステロール	〇〇病院	治療中・経過観察中	
② 骨粗鬆症 〇〇骨折	〇〇整形	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( そば、エビ、かに )		
◆現在、服用中の薬			
別紙参照(受診した際にもらえる薬の説明書、もしくはお薬手帳のコピーをボトルの中に一緒に入れてください) 発作時用(心臓等)薬あり			
◆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) 膝の痛みあり、ゆっくりとしか歩けない、難聴(補聴器利用)			
◆現在利用している福祉サービス・(契約していれば)担当事業所およびケアマネジャー デイサービス・おたっしや本舗小城 小城ケアマネジャー			

## ◆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

小城 太郎

\* 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。