

(年 月 日作成)
(年 月 日変更)

救 急 医 療 情 報

私は、容器の中の情報を、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。

フリガナ		生年月日	
		明治・大正・昭和	
氏名		年 月 日	
		性別 男・女	血液型 型
住所	台東区 丁目 番 号		
	電話 ()		

緊急連絡先氏名	続柄	住所
1		電話 ()
2		電話 ()

居宅介護支援事業所名	
住所	電話 ()

お住まいの地域 包括支援センター	あさくさ・やなか・みのわ・くらまえ・まつがや・たいとう・ほうらい
---------------------	----------------------------------

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
名 称		
診 療 科 目 担 当 医		
所 在 地		
電 話 番 号	()	()
持 病	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
	5.	
服 薬 内 容	<ul style="list-style-type: none"> ・薬を服用している場合は、服薬内容をご記入ください。 ・書ききれない場合は、薬剤情報提供書の写し、お薬手帳の写しを入れてください。 	
アレルギ－ や 副 作 用		

記入の仕方、注意事項

《ご本人情報について》

氏名：救急隊員に読み方がわかるよう、フリガナの記入をお願いします。

生年月日：該当する年号を○で囲み、ご記入ください。

血液型：わからない場合は「不明」とご記入ください。

住所：マンション名、部屋番号まで必ずご記入ください。

《緊急連絡先について》

ご自身の状況を把握している方を優先してご記入ください。

緊急連絡先氏名：ご家族以外の方でも構いません。

電話番号は、日中と夜間、その方につながる番号をご記入ください。

《指定居宅介護支援事業所について》

連絡先：ケアマネジャーに確認し、ご記入ください。

《地域包括支援センターについて》

お住まいの地域包括支援センターに○をしてください。

《かかりつけ医療機関について》

かかりつけ医療機関は2箇所記入できます。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。

《持病・服薬内容・アレルギー及び副作用について》

現在治療中の病気がありましたら、かかりつけ医療機関で医師に確認し、病名をご記入ください。

薬を服用している場合は、服薬内容をご記入ください。書ききれない場合は、薬剤情報提供書の写し、お薬手帳の写しを入れてください。

アレルギーや副作用のご経験がある場合は、原因となる物質（薬・食物・その他）をご記入ください。

《その他》

救急情報に変更があったときには、内容を書き換えてください。

（変更した日付を、右上の欄に記入願います。）