

救 急 医 療 情 報

記入年月日 令和 年 月 日

ふりがな		
氏 名	(男・女)	
生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日
血液型	A・B・O・AB 型	Rh()
住所		
電話番号		
治療中の主な病気	病 名	病院・医院名
服用している薬	薬剤情報提供書があればお入れください	
アレルギー	なし ・ あり()	
手術歴		

緊急連絡先	①氏名	TEL	-	-
		(続柄:)	携帯	-
	②氏名	TEL	-	-
		(続柄:)	携帯	-
	③氏名	TEL	-	-
		(続柄:)	携帯	-
医療行為(検査・診断・治療)に当たって、医療者が本人以外に説明および同意を求めるのに最適な人を①にご記入ください				
その他	医療機関に伝えてほしいことがあれば、自由にお書きください			

かかりつけ医療機関の診察券(写し)・健康保険証(写し)・写真(本人確認用)を一緒にお入れください

※ この情報は、本人の救急医療の目的以外には使用しません