

# 救急医療情報シート (ボールペンなどでご記入ください。)

※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

☆あなたに関する基本情報を記入してください。

ふりがな		男・女	血液型	生年月日	明治 大正	年 月 日
名前			型		昭和 平成	
			+ -		令和 西暦	
住所	戸坂くるめ木 丁目 番 号		要介護		(電話番号)	- -

☆緊急時の連絡先を記入してください。(家族、親族、ケアマネジャー、地域包括支援センター、近隣の方等)

順位	名前	続柄	住所・電話番号
①			(電話番号) - -
②			(電話番号) - -
③			(電話番号) - -

☆現在、治療中の病気・受診されている医療機関等について記入してください。

病名	病院名・〇〇科・担当医師名・電話番号	現在の状況
	(電話番号) - -	治療中・経過観察中
	(電話番号) - -	治療中・経過観察中
	(電話番号) - -	治療中・経過観察中

◆アレルギーが(ある・ない)、黄疸にかかったことが(ある・ない)

☆現在、服用中の薬について記入してください。(例: 高血圧〇〇)

--

☆救急隊員や医師に知らせたいことなどを記入してください。

(例) 認知症の有無、体の不自由な部分、発作時の薬

--

◆確認署名 以上、私の医療情報等の内容に相違ありません。  
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いたします。

健康保険の種別	記号・番号
健康保険	
国民健康保険	
共済	

名前 \_\_\_\_\_ (印)