

救急医療情報シート

(年 月 日 記入)

| | | | | | |
|------|-----|------|-------|------|-------|
| ふりがな | | 性別 | 血液型 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏名 | | 男・女 | (+・-) | | (歳) |
| 住所 | 勝浦町 | (電話) | | 要介護 | |

| | |
|---------------|--------------------|
| 持病やアレルギーの有無など | 服薬内容(薬剤情報提供書の写しなど) |
| | |

| 現在、受診している医療機関等 | 電話番号 | 診療科・担当医 | 病名 |
|----------------|------|---------|----|
| ① | | | |
| ② | | | |

| 指定居宅介護支援事業所 | 電話番号 | 住所 |
|-------------|------|----|
| | | |

| 緊急時の連絡先(氏名) | 続柄 | 電話番号 | 住所 |
|-------------|----|------|----|
| ① | | | |
| ② | | | |

| |
|---|
| その他(救急隊員の人や医師に知っておいてもらいたいこと) (認知症の有無・体の不自由な部分など) |
| |

| 本人の確認署名欄 | |
|----------|---|
| 同意欄 | この救急医療情報を、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。 年 月 日 本人氏名 代筆者氏名 (本人との続柄) |

必要に応じて、新しい情報に書き換えてください。
また、救急隊や医師などが見やすいように、できるだけ丁寧な記入をお願いします。