

年 月 日作成
年 月 日変更

救急情報

ふりがな		血液型		
本人氏名		型Rh()・不明		
生年月日		性別	男	女
住所		電話		
	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②		
医療機関の名称				
科目・担当医				
所在地				
電話番号				
かかっている病気	高血圧・糖尿病・心臓病 () () () ()	高血圧・糖尿病・心臓病 () () () ()		
服薬内容 (薬の説明書の写)				
特記事項 (アレルギーなど)				

緊急連絡先

氏名	続柄	電話	住所
		①	
		②	
		①	
		②	

支援事業者(ケアマネジャー事業所・地域包括支援センター)

担当者	
住所	電話

救急隊員への伝言・その他

--

同意書	容器内の情報は、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。
	本人氏名 印鑑又はサイン

代筆の場合 本人との関係() 氏名() 連絡先()

※ 記入方法は裏面を参照下さい。

記入の仕方、注意事項

《救急情報について》

生年月日：年については該当する年号を○で囲み、ご記入ください。

血液型：お調べにならなかったことがない等、わからない場合は「不明」を○で囲んでください。

かかりつけ医療機関：名称や連絡先は、正確に間違いのないよう記入してください。

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。

服薬内容：薬の説明書やくすり手帳の写し・薬袋などを入れることで代えてください。

特記事項：特定の病院でしか対応できない特殊な病気の場合など、病院との決めごとを記入してください。

《緊急連絡先について》

3人以上いる場合は、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。

連絡先：日中と夜間の連絡電話番号を記入ください。

支援事業者：ケアマネージャーや地域包括支援センターに確認し、電話番号と担当者も必ずご記入ください。

《救急隊員への伝言・その他欄について》

救急隊員に注意して欲しいことや緊急時に役立つと思われること。

《同意欄について》

内容をよく読み、同意いただいた上でサイン又は印鑑を押印してください。

本人以外の方が記入された場合は代筆欄へ記入してください。

《医療機関へのお願い》

支援事業者欄は、退院等にもなうケアプランなどの変更等で、ご本人や親族が連絡できない場合にご活用をお願いします。

※ 救急情報に変更があったときには、必ず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してください。)