

救急医療情報シート

平成 年 月 日 作成

平成 年 月 日 変更

| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | | 血液型 |
|-------------------------------------|--|---------|------------|----------------------|--------------|
| 氏名 | | 男・女 | 明 大 昭 平 | 年 月 日 | 型 【RH】+・- |
| 住所 | 西原町 | | 電話番号 | | |
| 健康保険証 | 国保・社保・その他（ ） 記号 | | | | 番号 |
| | かかりつけ医療機関① | | かかりつけ医療機関② | | |
| 名称 | | | | | |
| 科目及び担当医 | | | | | |
| 所在地 | 電話 | | 電話 | | |
| 既往歴 <small>(これまでにかかった病気)</small> | ① | | 現病 | ① | |
| | ② | | | ② | |
| 服用内容 | | | 手術歴 | 無・有 【 】 | |
| 歩行 | 自立・杖・車椅子・寝たきり | | 意思疎通 | 可・不可・手話・難聴 その他() | |
| 麻痺 | 無・有【部位： 】 | | アレルギー | 無・有【 】 | |
| 認知症 | 無・有【重・中・軽】 | ペースメーカー | 無・有 | 透析 | 無・有 |
| 緊急連絡先氏名 | 続柄 | 電話番号 | 住所 | | |
| ① | | | | | |
| ② | | | | | |
| 指定居宅介護支援事業者 | 電話番号 | | 住所 | | |
| | | | | | |
| 民生委員氏名 | 電話番号 | | 住所 | | |
| | | | | | |
| その他 救急隊への伝言など | | | | | |
| 同意欄 | 容器の中に入っている緊急情報を、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。 | | | | |
| | 本人氏名 | 印 | 代筆者氏名 | 印 | 続柄() |