

救急医療情報シート

作成日 年 月 日

以下の内容及び救急医療情報キット内の内容について、救急隊員、医療機関及び行政関係機関等が救急活動に活用することに同意します。

1 本人情報

氏名(ふりがな)	生年月日	性別	血液型
ふりがな	大正・昭和・平成	男・女	型
	年 月 日		Rh()・不明
住所		電話番号	
市・町・村			

2 かかりつけの医療機関等

	①	②
かかりつけ病院		
科目・担当医		
電話		
かかっている病気		

3 特記事項(普段の様子で知っておいてもらいたいこと)

持病やアレルギー症状、お薬の副作用の有無、また搬送時に救急隊員に知っておいてもらいたいことで、下の項目にあてはまるものがあれば○でかこんだり、書き加えたりしてください。

- 持病 なし・あり（糖尿病・高血圧・狭心症・その他[]）
- アレルギーなし・あり（ ）
- お薬の副作用歴 なし・あり（お薬の名前 ）
- 目が 見えない・見えにくい（右・左・両方） ◦ひとりで起き上がれない
- 耳が 聞こえない・聞こえにくい（右・左・両方） ◦ひとりで立ち上がれない
- ことばが出にくい ◦歩くのがむずかしい
- その他 （杖・車イス・その他[]）

[]

4 緊急連絡先

氏名(ふりがな)	続柄	住所	電話番号
(1)			自宅
			携帯
(2)			自宅
			携帯
(3)			自宅
			携帯
ケアマネジャーの氏名・事業所		所在地	電話番号

※必要に応じて新しい情報に書き直してください。記入方法や注意事項は、別紙を御覧ください。