

救急情報シート

1 本人

ふりがな		性別	男 ・ 女	
氏名		血液型	A B O AB Rh () 不明	
生年月日	(明・大・昭) 年 月 日			
住所	白山市	電話番号		

2 緊急時の家族、知人等 連絡先 (連絡のつきやすい順で記入してください)

氏名	続柄	電話番号	住所
		(自宅)	
		(携帯)	
		(自宅)	
		(携帯)	
		(自宅)	
		(携帯)	

3 身体状況

介護認定	有 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)	無
身障手帳	有 (種 級)	無
既往歴	有 ()	無 不明
アレルギー	有 ()	無 不明
ペースメーカー	有 ()	無 不明
特記事項		

4 かかりつけ医療機関

医療機関名	科目・担当医	電話番号	病名	服薬の有無
				有 ・ 無
				有 ・ 無
				有 ・ 無
歯科				有 ・ 無

〈 医療機関へのお願い 〉 使用後は必ずご本人に救急医療情報キットをお返しください。

5 福祉関係者等

	担当者氏名	連絡先
ケアマネジャー		電話番号
民生委員		電話番号
その他		電話番号

6 その他（自由記載）

容器内のすべての情報を救急隊員や搬送先の医療機関など、救急医療に活用することに同意します。

本人氏名 _____ 印鑑またはサイン

救急医療情報キット内の情報に変更があった場合は、その都度ご自身で変更し万が一に備えてください。

初回記入日	令和	年	月	日記入
確認日	令和	年	月	日確認
	令和	年	月	日確認
	令和	年	月	日確認

容器の中には、救急情報シート、写真（本人が確認できるもの）、健康保険証の写し、診察券の写し、お薬手帳や薬の説明書の写しなどを一緒に入れてください。