

救 急 情 報

ふりがな		血液型		
本人氏名		型 Rh()・不明		
生年月日	(明・大・昭・平・令) 年 月 日	性別	男	女
住 所	最上郡舟形町	電話		

医 療 情 報

かかりつけ病院	①	②
科目・担当医		
住 所		
電 話		
かかっている病気		
服薬内容		
特記事項 (アレルギーなど)		

緊 急 連 絡 先

氏 名	①	②
続 柄		
住 所		
電 話	(日中) (夜間)	(日中) (夜間)

支援事業者

担 当 者			
住 所		電 話	

救急隊への伝言・その他

救急隊への伝言・その他

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

※ 記入方法は裏面を参照ください。

記入の仕方、注意事項

《ご本人》情報について

生年月日:年については西暦、または該当する年号を○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。

《医療情報について》

かかりつけ医療機関名欄の連絡先は、正確に間違いのないよう記入してください。

医療機関名は、2ヶ所記入できますが、身体情報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。

持病・服薬内容

薬剤情報提供書の写し・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疾病がある場合など、
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してください。

支援事業者:ケアマネージャーに確認し、電話番号と担当者も必ずご記入ください。

《その他欄について》 (記入例)

- ・救急隊員に注意して欲しいこと(搬送時など)
- ・緊急連絡先について補足事項(夜間に電話をかけられるのは誰か、など)
- ・その他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、必ずご自身で苗字とお名前すべてをご記入ください。

ご本人の印鑑を押印してください。印鑑をお持ちでない方はサインをお願いします。

《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時で、

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。)