

( 年 月 日作成)

( 年 月 日変更)

# 救 急 情 報

私は、容器の中の情報を、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。

フリガナ 氏 名	生年月日	性 別	血液型
	明・大 年 月 日 昭・平	男 女	型
電話番号	住 所		

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
名 称		
科 目 担 当 医		
所 在 地		
電 話 番 号		

緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	住 所
1			
2			

服薬内容 (薬剤情報提供書の写しなど)	持 病

指定居宅介護支援事業所	電話番号	住 所

# 記入の仕方、注意事項

## 《ご本人情報について》

氏名：救急隊員に読み方がわかるよう、フリガナの記入をお願いします。

生年月日：該当する年号を○で囲み、ご記入ください。

血液型：わからない場合は「不明」とご記入ください。

住所：マンション名、部屋番号まで必ずご記入ください。

## 《かかりつけ医療機関について》

かかりつけ医療機関名は2箇所記入できます。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。

## 《緊急連絡先について》

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。

電話番号は、日中と夜間、その方につながる番号をご記入ください。

## 《服薬内容、持病について》

服薬内容については、薬剤情報提供書の写し・お薬の説明書の写しなどを入れることで代えることもできます。

## 《指定居宅介護支援事業所について》

連絡先：ケアマネージャーに確認し、ご記入ください。

## 《医療機関へのお願い》

指定居宅介護支援事業者欄は、退院にともなうケアプランの変更などで、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。

## 《その他》

救急情報に変更があったときには、内容を書き換えてください。

(変更した日付を、右上の欄に記入願います。)