

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) 年 月 日	性別	男	女
住所		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

救急隊員への伝言・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下さい。

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：お調べになっただことがない等、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カ所記入できますが、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。

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いたします。

《医療機関へのお願い》

支援事業者欄は、退院等にとまなうケアプランなどの変更等で、
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。)

問い合わせ連絡先：