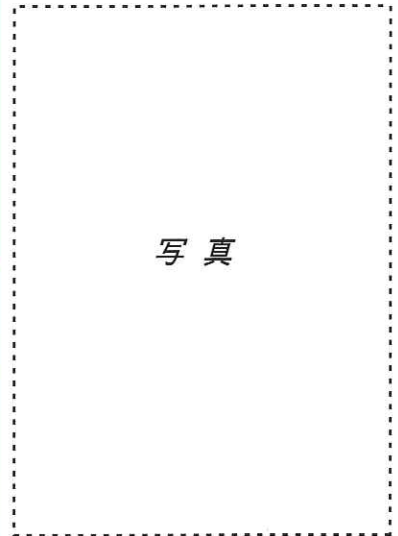


救急情報シート

住所 電話番号	〒 -			自宅 () 携帯 ()	
本人氏名	(フリガナ)	性別	男	女	
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	血液型 型 RH

(平成 年 月 日作成)
(平成 年 月 日変更)



写真

(平成 年 月 日現在)

医療機関	通院している医療機関①	通院している医療機関②
診察券等のコピー	有 ・ 無	有 ・ 無
名称		
科目・担当医		
所在地		
電話番号		

飲んでいる薬 <small>(薬剤情報提供書の写しなど)</small>		健康保険証 有り・無し 有りの場合は写しを キットに入れて下さい
かかっている病気		
病歴 <small>これまでにうけた手術</small>		
アレルギー		

その他 救急隊員への伝言など	
-------------------	--

指定居宅介護 支援事業所 <small>(ケアマネージャーの事業所)</small>		所在地	〒 -
		電話番号	()

緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	住所
(1) (フリガナ)		日中	〒 -
		夜間	
(2) (フリガナ)		日中	〒 -
		夜間	

同意欄	容器の中に入っている救急情報を、消防本部・消防署等の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。 また、緊急時において、緊急連絡先に記入されている連絡先に連絡することに同意します。		
	本人氏名		(印)

※記入いただきましたら「救急医療情報キット」に入れてください。