

救急医療情報シート

令和 年 月 日作成

令和 年 月 日変更

1 本人情報

(ふりがな)		性別	男・女
氏名		血液型	型/Rh()・不明
生年月日	(明・大・昭) 年 月 日		
住所			
電話番号	- -		

(1) 生年月日 年については、西暦又は該当する年号を○で囲み、記入してください。

(2) 血液型 調べたことがない等、わからない場合は、「不明」を○で囲んでください。

2 緊急連絡先など

氏名(名称)	①	②
関係など		
住所		
電話番号	日中	- -
	夜間	- -

(1) 緊急連絡先が3人以上いる場合は、ご自身の状況を詳しく把握している方を優先して記入してください

(2) 緊急連絡先となる人として、ご家族の方や隣近所の方などを記入してください。

(3) 「緊急連絡先電話番号」は、日中と夜間の連絡が取れる電話番号を記入してください。

3 医療情報(かかりつけ医療機関など)

医療機関名	①	②
電話番号	- -	- -
服用薬の内容		
特記事項(持病など)		

(1) かかりつけ医療機関の名称や電話番号は、誤りのないよう正確に記入してください。

(2) 「服用薬の内容」欄には、病院の処方箋による薬名を記入してください。

<おくすり手帳>や<薬剤の説明書>の写しを入れる場合は記入しなくても結構です。

(3) 「特記事項」には、持病などを記入してください。

4 その他

救急隊員への伝言・その他

※以上の情報は、救急隊と搬送先の医療機関において、救急医療に活用することに同意します。

本人氏名(署名)

<海老名市>