

救急医療情報シート

年 月 日作成

年 月 日更新

◎救急情報

ふりがな		血液型	
氏名		型 Rh()・不明	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生	性別	男 女
住所		電話	

◎医療情報

かかりつけ病院名	①	②
診療科目・担当医		
所在地		
電話番号		
病気・障害等		
服薬内容		
特記事項 (アレルギー等)		

◎緊急連絡先

氏名	①	②
続柄		
住所		
電話番号	(自宅) (携帯)	(自宅) (携帯)

◎居宅介護支援事業所

事業所名		
所在地		
電話番号	(日中) (夜間)	(日中) (夜間)

救急隊への伝言・その他

本情報について、救急隊員、搬入先病院等が活用することに同意します。

また、本情報の管理については、私が全責任を負うことに同意します。署名

㊞

<記入の仕方、注意事項>

◎救急情報について

- ご本人の氏名、ふりがな、生年月日、住所をご記入ください。
- 血液型は、お調べになったことがない等、分からない場合は「不明」を○で囲んでください。
- 性別は、「男」または「女」を○で囲み、電話はご自宅の電話番号をご記入ください。

◎医療情報について

- かかりつけの病院名や診療科目・担当医、所在地、電話番号は、正確に間違いのないように記入してください。
- かかりつけの病院は2カ所記入できますが、ご本人の身体状況をよく把握している病院を優先してご記入ください。
- 病名や障害名、服薬内容は、正確に間違いのないように記入してください。
- 特記事項は、特定の病院でしか対応できない特殊な疾病がある場合や、病院との決め事がある場合、アレルギー等がある場合にご記入ください。

◎緊急連絡先について

- 3人以上いる場合は、ご本人の状況をよく把握している方を優先してご記入ください。
- 緊急連絡先は、ご家族以外の方でもかまいませんので、なるべく常時連絡の取れる方をご記入ください。
- 電話番号は、自宅と携帯の連絡電話番号を記入してください。

◎居宅介護支援事業所について

- 介護保険サービスをご利用の方は、ケアマネジャーに確認のうえ、事業所名、電話番号等をご記入ください。

◎救急隊員等への伝言・その他について

- 救急隊員に注意してほしいことや、医療情報・緊急連絡先の補足事項、その他緊急時に役立つと思われることをご記入ください。

◎同意欄について

- 内容をよく読み、同意いただいた上で、必ずご本人が署名・押印をお願いいたします。
(病状等で署名できない場合は、本人署名・押印の下に、代理者の続柄・署名・押印をお願いいたします。)

※救急医療情報に変更があったときは、必ず内容を書き換えてください。

(更新した日付を右上の欄に記入してください。)