

●記入方法・注意事項●

1 ご本人情報について

- ・氏名などを記入し、出来ましたらご自身の顔写真（名前を記入）を入れてください。
- ・住所には、マンション・アパート名、部屋番号まで必ず記入してください。
- ・血液型がわからない場合は「不明」と記入してください。

2 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。
- ・緊急連絡先の氏名は、ご家族以外の方でも構いません。

3 かかりつけ医療機関について

- ・かかりつけ医療機関については、正確に間違いのないようご記入ください。
- ・医療機関名称・科目・担当医師名は、身体状況をよく把握している医療機関を優先に記入してください。
- ・服薬名称は、ご自身がお飲みになっている薬名を記入してください。
ただし、薬剤情報提供書、お薬手帳などの写し又は薬袋（薬名が記載）などを容器に入れることで代えることができます。

4 居宅介護支援事業者について

- ・要介護（要支援）認定を受けている方のみ記入してください。
- ・ケアマネージャーに確認し、名称、電話番号等を記入してください。

5 特記事項（アレルギーなど）について

- ・アレルギーなど救急活動に役立つことや救急隊員（搬送時など）に注意して欲しいことを記入してください。

6 その他

- ・救急の妨げになる場合がありますので、容器には救急活動に必要な用紙以外は入れないでください。
- ・救急医療情報シートの内容に変更があったときは、必ず内容を書き換えてください。
- ・救急医療情報キットが不要になったときは、玄関や冷蔵庫のステッカーをはがし個人情報取り扱いに注意して「救急医療情報キット」を処分してください。

救急医療情報キットをご利用に当たり、次の事項についてご了承ください

1. 冷蔵庫などにステッカーが貼られている場合は、本人やご家族の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けて救急医療情報キットを取り出す場合があります。
2. 救急医療情報キットは、救急隊員が救急活動に必要なと判断した場合に活用します。そのため、救急医療情報キットの保持者であることが分かっている場合でも、その救急活動によっては活用されない場合があります。
3. 救急活動において、搬送先の医療機関を決める場合、本人の状態等によっては、救急医療情報シートに記載された「かかりつけ医療機関」に搬送されない場合があります。

※ 救急医療情報キットについてご不明な点は、下記にお問合せください。

お問い合わせ先：日高市役所 介護福祉課 高齢者支援担当
電話 989-2111