

# 救急医療情報シート

下記の内容を救急時に消防・医療機関・民生委員・行政関係者等が活用することに同意します。

記入日	年	月	日
変更日	年	月	日

住所	日高市						
フリガナ				電話 番号			
氏名							
性別	男・女	生年 月日	明・大	年	月	日	血液型
			昭・平				型
緊 急 連 絡 先	住所						
	① フリガナ			電話 番号	本人との 続柄		
	氏名						
	住所						
	② フリガナ			電話 番号	本人との 続柄		
	氏名						
かかりつけ医療機関（病院・診療所等）①				かかりつけ医療機関（病院・診療所等）②			
名称				名称			
科目 担当医師				科目 担当医師			
病名				病名			
服薬名称				服薬名称			
電話番号				電話番号			
障がい者手帳	無 ・ 有 （ 身体 ・ 療育 ・ 精神 ）						
居宅介護支援事業者			担当者		電話番号		
特記事項（アレルギーなど）							

※裏面に記入についての説明があります。