

救急医療情報シート

記入例

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	平成〇〇年 〇月〇〇日
変更日	年 月 日

住所	日高市大字南平沢〇〇〇〇番地		
フリガナ	ヒダカ タロウ	電話	〇〇〇 - 〇〇〇〇
氏名	日高 太郎	番号	

性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年 月 日	明・大 <input checked="" type="radio"/> 昭・平	〇〇年 〇〇月 〇〇日	血液型
					A 型

緊急連絡先	住所	日高市大字高萩〇〇番地			
	① フリガナ	ヒダカ サチコ	電話	〇〇〇 - 〇〇〇〇	本人との続柄
	氏名	日高 幸子	番号	080-0000-0000	
	住所	〇〇市〇〇町〇-〇-〇			
	② フリガナ	ヒダカ ジロウ	電話	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	本人との続柄
	氏名	日高 次郎	番号	090-1234-5678	

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	〇〇病院	名称	〇〇整形外科医院
科目 担当医師	内科〇〇先生	科目 担当医師	整形外科
病名	糖尿病、めまい	病名	腰痛
服薬名称	インスリン、〇〇〇	服薬名称	ボルタレン
電話番号	〇〇〇 - 989 - 〇〇〇〇	電話番号	04 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

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
〇〇ケアセンター	〇〇〇〇	989 - 0000

特記事項 (アレルギーなど)
 例1 腰痛で一人で起き上がれない。
 例2 アスピリン系薬剤にアレルギーがあります。