救急医療情報用紙

年　　月　　日作成

年　　月　　日変更

本　人　情　報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 血　液　型 | | |
| 本人氏名 |  | 型Rh（　　）・不明 | | |
| 生年月日 | （大・昭・平）　　　　　　年　　月　　日 | 性別 | 男 | 女 |
| 住　所 | 大田原市 | 電話 | | |

医　療　情　報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| かかりつけ病院 | ① | ② |
| 診療科目 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| かかっている病気 |  |  |
| 服薬内容：薬剤情報提供書の写し・くすり手帳の写しなどを入れることで代えてください。 | | |
| 生活保護 | あり | なし |

緊　急　連　絡　先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  |  |
| 氏　　名 | ① | ② |
| 続　　柄 |  |  |
| 住　　所 |  |  |
| 電　　話 | （日中）  （夜間） | （日中）  （夜間） |

救急隊への伝言・その他

容器内の情報は、救急隊と輸送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。

　本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

* 記入方法は裏面を参照ください。

記入の仕方、注意事項

《本人情報について》

・生年月日　年については西暦または該当する年号を〇で囲み、ご記入ください。

・血液型　お調べになったことがない等、わからない場合は「不明」を〇で囲んでください。

《医療情報について》

・かかりつけ病院の電話番号などは、正確に間違いのないよう記入してください。

・病院名は２か所記入できますが、身体情報をよく把握している病院を優先してご記入ください。

・服薬内容は、薬剤情報提供書の写し・くすり手帳の写しなどを入れることで代えてください。

・生活保護欄については、該当する方を〇で囲んでください。

《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「氏名」：ご家族以外の方でもかまいません。

・連絡先：日中と夜間の連絡電話番号を記入してください。

《救急隊への伝言・その他　の記入例》

・救急隊員に注意してほしいこと（搬送時など）

・緊急連絡先について補足事項（夜間に電話をかけられるのは誰か、など）

・その他緊急時に役立つと思われること

《本人氏名の欄について》

　内容をよく読み、同意いただいた上で、必ずご自身で氏名を記入し、ご自身の印鑑を押印してください。

* 救急情報に変更があったときには、必ず内容を書き換えてください。

（変更した日付を右上の欄に記入してください。）