

記入日 令和 年 月 日

## 救急医療情報シート

|      |       |       |               |               |
|------|-------|-------|---------------|---------------|
| ふりがな |       | 血液型   | 型 RH ( ) ・ 不明 |               |
| 氏 名  |       | 性 別   | 生年月日          | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 |
|      |       | 男 ・ 女 |               | 年 月 日         |
| 住 所  | 阿南市 町 |       | 電話番号          |               |

### 緊 急 連 絡 先

| 氏 名 | 続 柄 | 電話番号 | 住 所   |
|-----|-----|------|-------|
| (1) |     | 電話   | 市 郡 町 |
|     |     | 携帯   |       |
| (2) |     | 電話   | 市 郡 町 |
|     |     | 携帯   |       |
| (3) |     | 電話   | 市 郡 町 |
|     |     | 携帯   |       |

### 医 療 情 報

| かかりつけ病院 | 診療科・担当医 | かかっている病気                         | 薬（服用中のみ記入） |
|---------|---------|----------------------------------|------------|
|         |         |                                  |            |
|         |         |                                  |            |
|         |         |                                  |            |
| アレルギー   | 無 ・ 有   | そば・卵・その他 ( )                     |            |
| 重要な病歴   | 無 ・ 有   | ペースメーカー・インスリン・透析・在宅酸素<br>その他 ( ) |            |
| 手術歴     | 無 ・ 有   |                                  |            |

その他、保険証や薬剤情報提供書の写し、おくすり手帳の写しを一緒に入れておいてください。

### 備考（救急隊員への伝言など）

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

本人氏名 \_\_\_\_\_ 自署又は記名押印

※記入内容に変更があったときは、必ず書き換えてください。鉛筆での記入をおすすめします。

記入方法は裏面を参照してください。

## 記入の仕方・注意事項

### 【ご本人情報について】

生年月日：該当する年号を○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○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。

緊急の場合、すぐに関係することのできる方をご記入ください。

ご家族以外の方でも構いません。

### 【医療情報について】

かかりつけ病院がある場合は、ご記入ください。

医療機関は3か所記入できますが、身体情報をよく把握している医療機関を優先してご記入ください。

かかっている病気・薬欄は、薬剤情報提供書の写し、おくすり手帳の写し等を入れておくことで代えることもできます。

アレルギー・重要な病歴・手術歴欄は、該当がある場合、必ずご記入ください。

### 【備考について】

（記入例）

救急隊員に注意してほしいこと（搬送時）

緊急連絡先についての補足事項

身体の具合や障がいの有無など

その他緊急時に役立つと思われること

### 【同意欄について】

容器内の情報を、救急隊と搬送先の医療機関が救急医療に活用することに同意いただいた上で、自署又は記名押印してください。

※救急情報に変更があった場合には、必ず内容を書き換えてください。

保険証の写しを入れておいてください。