

救 急 情 報

年 月 日作成

年 月 日変更

氏 名（ふりがな）	生年月日	性 別	血液型
	大・昭 平 年 月 日	男 女	型
住 所		電話番号	
		（ ）	

《かかりつけ医療機関》

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
名 称		
科目・担当医		
所 在 地		
電話番号	（ ）	（ ）

《服薬内容等》薬剤情報提供書などを入れることで代えることができます。

服薬内容	持 病（既往歴）	アレルギー

《緊急連絡先》

緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	住 所
		（ ）	
		（ ）	
		（ ）	
		（ ）	

《居宅介護支援事業者》

居宅介護支援事業者	担当ケアマネジャー	所在地・電話番号
		（ ）

その他救急隊員や 医師への伝言	
--------------------	--

容器内の情報を、救急隊員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。

ご本人氏名 _____（自書または押印）

※裏面を参照のうえ、記入してください。

記 入 上 の 留 意 事 項

《ご本人情報について》について

氏名：読み方がわかるよう、ふりがなも記入してください。

血液型：わからない場合は、「不明」と記入してください。

《かかりつけ医療機関》について

かかりつけ医療機関は2か所まで記入できます。ご自身の身体状況をよく把握している医療機関を優先して記入してください。

「科目」には、内科、外科などを記入してください。

《服薬内容等》について

服薬内容：薬剤情報提供書などを入れることで代えることができます。

アレルギー：アレルギーがある場合はその内容を記入してください。

《緊急連絡先》について

3人以上いる場合は、ご自身の状況をよく把握している人を優先して記入してください。

《居宅介護支援事業者》について

介護保険サービスを利用している人は、ケアマネジャーに確認して記入してください。

記載した情報に変更があったときは、必ず内容を書き換えてください。

古い情報のままだと万一の救急時に適切な対応ができない場合があります。