

救急医療情報シート

更新日

年 月 日

フリガナ		血液型	型 Rh ()
氏 名		医療被保険者番号	
住 所		電話番号	
生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女

医療機関名・主治医名		通院の状況	現在かかっている病気 ※☑を付けてください。	飲んでいる薬の名前
(医療機関名)	(主治医名)	月 回	<input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> その他	※お薬と一緒にもらう説明書を同封してください。説明書がない場合は下記に記入。
(医療機関名)	(主治医名)	月 回		
(医療機関名)	(主治医名)	月 回		
特記事項 (感染症やアレルギーなど該当があれば☑を入れてください。)		<input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他		

医療関係者への伝言・その他

	氏 名 (フリガナ)	続 柄	住 所	電話番号
緊急連絡先①				
緊急連絡先②				
緊急連絡先③				

私は、このシートの医療情報等を関係課、消防署、地域包括支援センター、町内会長、民生・児童委員及び搬送先の医療機関が救急活動に活用することに同意します。

本人氏名

印

裏面もお読みください

救急医療情報キットご利用の際の注意事項

- 1 本人及び同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けてキットを取り出す場合があります。
- 2 冷蔵庫にキットを保管していなかったときは、キットを活用されない場合があります。
- 3 救急活動によっては、救急隊が不必要と判断したとき、又は搬送に急を要するときは、キットを活用しない場合があります。
- 4 かかりつけ医療機関があっても、他の病院に救急搬送される場合があります。
- 5 救急医療情報シートに医療関係者への伝言を記載していても、その内容どおりに実行されない場合があります。
- 6 キットは、適正に管理するとともに、譲渡したり、貸し付けたりしないでください。

救急医療情報シートの記載内容に変更があった場合は、その都度修正するように心がけてください。

記載内容の情報が古いと正しく活用されない場合があります。