

【救急医療情報シート】

令和 年 月 日 記入
令和 年 月 日 変更

※救急情報に変更があった時は必ず内容を書き換えてください

本人情報	ふりがな		性別	血液型
	氏名		男・女	A・B・O・AB Rh()・不明
	生年月日	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生		
	住所		電話番号	

※医療機関へのお願
「救急医療情報シート」活用後は必ずご本人若しくはご家族にお返し下さい。

※身体状況をよく把握しているまたは、現在治療中の医療機関を優先してご記入ください

医療情報	かかりつけ医療機関名	科目・担当医	かかっている病名
		科 先生	
		科 先生	
	いつも飲んでいるお薬	薬名：	
	有・無		
		※薬剤情報提供書（薬と一緒にもらう紙）を一緒に貼っておいてください。	
	アレルギーの有無	有 薬品名等 [] ・ 無	
	特記事項 (知っておいて もらいたいこと)	ペースメーカー・人工透析・酸素吸入・ストマ・インスリン注射 認知症・難聴・寝たきり・車椅子が必要・歩くのが不自由 その他：	

緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号 ※必ず連絡がとれる電話番号	住所
	①			
	②			

※介護認定を受けている方は担当ケアマネジャー

支援事業者	名称	担当者氏名	連絡先（電話）

シート内の情報は、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。

本人氏名 _____ 代理人氏名 _____ (続柄 _____)

救急医療情報シート

(氏名)

山折り