

救急医療情報シート

令和 年 月 日 作成
令和 年 月 日 変更

フリガナ				性別	生年月日			血液型
氏名				男・女	明治	年	月	日
					大正			
					昭和			
住所	南城市			電話番号				
	かかりつけ医療機関①				かかりつけ医療機関②			
名称								
科目及び担当医								
所在地								
服用内容	①			現病	①			
	②				②			
既往歴				手術歴	無・有【 】			
歩行	自立・杖・車椅子・寝たきり			意思疎通	可・不可・手話・難聴 その他()			
麻痺	無・有【部位: 】			アレルギー	無・有【 】			
認知症	無・有【重・中・軽】		ペースメーカー	無・有		透析	無・有	
緊急連絡先氏名		続柄	電話番号	住所				
①								
②								
指定居宅介護支援事業所		電話番号		住所				
民生委員氏名		電話番号		住所				
その他								
同意欄	容器の中に入っている緊急情報を、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します。							
	本人氏名			代筆者氏名				

健康保険証の記入欄

種類	国保・後期高齢・社保・共済	記号		番号	
----	---------------	----	--	----	--

記入の仕方、注意事項について

〈ご本人情報について〉

- ・血液型をお調べにならなかったことがない等、わからない場合は「不明」とご記入ください。
- ・住所については、アパート名、部屋番号まで必ずご記入下さい。

〈かかりつけ医療機関について〉

- ・かかりつけ医療機関の連絡先は、正確に、間違いないように記入してください。
- ・医療機関名は2か所まで記入できますが、身体状況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。

〈服薬内容について〉

- ・薬剤情報提供書の写し・くすり手帳の写し・薬袋など服用内容がわかるものがあれば、服用内容欄は空けていても構いません。

〈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。
- ・緊急連絡先に記入する方は、ご家族以外の方でも構いません。
- ・電話番号は、日中・夜間ともにつながる番号をご記入ください。

〈指定居宅介護支援事業所について〉

- ・契約を結んでいない場合は、空欄にしてください。
- ・連絡先については、担当のケアマネジャーに確認して、電話番号も必ずご記入ください。

〈同意欄について〉

- ・内容をよく読み、同意いただいた上で、必ずご自身でご記入ください。
- ・代筆の場合は、代筆者氏名欄に代筆する方の氏名を記入し、余白にご関係も併せて記入してください。

〈その他欄について〉（記入例）

- ・特定の病院でしか対応できない特例疾病がある場合、病院と取り決めしていること。
- ・救急隊員にんついて注意して欲しいこと(搬送時など)。
- ・その他救急時に役立つと思われること。

※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。