

救急医療情報シート

年	月	日	記入
年	月	日	更新
年	月	日	更新

下記の内容を、消防・医療機関・行政関係者が救急医療に活用することに同意します。

ふりがな				電話	自宅 06 ()	
氏名					携帯	
住所	吹田市					
生年月日	年	月	日	性別	男・女	
血液型	型	アレルギー	<input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <small>※不明の場合記入不要</small>			

▼わかる範囲で、できるだけ記入してください。

病歴・通院状況	病院名	所在地	電話番号	治療中または過去にかかった病気

服用薬	<input type="checkbox"/> 同封の薬剤情報のとおり ※薬剤情報のコピーを同封すれば薬名の記入不要です。 <input type="checkbox"/> 薬名()
使っていない薬	

介護保険サービスを利用している場合	・利用している事業所名() ・担当ケアマネジャー() 電話番号()						
民生委員	<table border="1"> <tr> <th>氏名</th> <th>住所</th> <th>電話番号</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	氏名	住所	電話番号			
氏名	住所	電話番号					

■緊急連絡先 ※必ず連絡がとれる電話番号を記入してください。

氏名	電話	自宅	携帯	本人との関係
住所	※先に連絡			
氏名	電話	自宅	携帯	本人との関係
住所	※次に連絡			

その他知っておいてほしいこと	
----------------	--

【重要】救急医療情報に変更があった場合は必ず修正してください。