

# 救急医療情報シート

## 《 記入例 》

〇〇年〇〇月〇〇日 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	すいた いちろう		電話	自宅 06 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇 携帯 〇〇〇-××××-△△△△
氏名	吹田 一郎			
住所	吹田市 〇町 〇丁目〇番〇号 〇〇マンション 〇〇号室			
生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	性別	男・女	
血液型	△ 型 ※不明の場合記入不要	アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> ある ( 卵、そば、スギ花粉 ) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない	

▼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
	〇〇市民病院 (内科)	吹田市〇〇町〇-〇-〇	06-****-****	糖尿病 肺炎(〇〇年〇月)
〇〇整形外科	吹田市〇町〇-〇-〇	06-****-****	関節リウマチ	

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 checked="" type="checkbox"/> 薬名 ( 〇 〇 〇 〇 〇 , × × × × )
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 ( 〇 〇 〇 〇 ケアプラセンター ) ・担当ケアマネジャー ( 〇 〇 〇 〇 ) 電話番号 ( 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 )		
民生委員	氏名	住所	電話番号
	〇 〇 〇 〇	吹田市 〇町 〇-〇-〇	06-****-****

■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	吹田 太郎	電話	自宅 **-****-**** 携帯 ***-****-****	本人との関係	長男
住所	〇〇市 〇〇町 〇-〇-〇			※先に連絡	

氏名	大阪 花子	電話	自宅 **-****-**** 携帯 ***-****-****	本人との関係	長女
住所	〇〇市 〇〇町 〇-〇-〇			※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。