

★救急医療情報シート記入のしかた

記入日	この用紙に記入した日を書いてください。
氏名(ふりがな)	ふりがなも忘れずに書いてください。
電話	携帯電話をお持ちの方は携帯電話の番号もご記入ください。
住所	町名と番地をご記入ください。 ※マンション名などもあわせて記入してください。
生年月日	年は西暦または元号を記入してください。
性別	男または女に○をつけてください。
血液型	A、B、O、ABのいずれかを記入してください。 ※ご自分の血液型がわからない場合は記入しないでください。
アレルギー	該当する□に✓を入れてください。 ※ある場合は何のアレルギーかを()に書いてください。 (例) ☑ある (卵、そば、スギ花粉)
病院名	かかりつけ医がある場合のみ記入してください。ただし、診察券をコピーして容器に入れていただければ記入不要です。 かかりつけ医がない場合は記入不要です。 ※かかりつけ医への搬送をお約束するものではありませんので、ご了承ください。
所在地	
電話番号	
治療中または過去にかかった病気	病名を書いてください。 過去にかかった病気は、いつかかったかを()で書いてください。 (例) 胃潰瘍(平成30年)
服用薬	薬局などで薬をもらうときに添えてある薬の説明書を容器に入れていただければ、薬の名前は記入不要です。 その場合は、□同封の薬剤情報のおおりの□に✓を入れてください。 飲んでいる薬がない場合は記入不要です。
使ってはいけない薬	ない場合や不明の場合は記入不要です。
介護保険サービスを利用している場合	介護保険サービスを受けている場合のみ記入してください。 緊急連絡先欄に書いていただいている方に連絡がとれない場合は事業所へ連絡させていただくこともあります。
民生委員	地区担当の民生委員さんについてご記入ください。
緊急連絡先	ご家族などの連絡先を記入してください。 ※先に連絡してほしい人を上にご記入ください。 ※3件以上連絡先がある場合は、欄外や別紙にご記入ください。

【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。