

救急医療情報シート

平成 年 月 日 記入
 平成 年 月 日 更新
 平成 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	明治 昭和	大正 西暦	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		
※不明の場合記入不要					

▼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	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。