

救急医療情報シート

《 記入例 》

平成〇〇年〇〇月〇〇日 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	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	明治 大正 〇〇年 〇〇月 〇〇日 昭和 西暦	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(平成〇〇年〇月)
	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 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 ケアプランセンター) ・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。