

# 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 ( ) 携帯
氏名						
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。