

救急医療情報シート

(年 月 日 作成)
(年 月 日 変更)

本人情報					
ふりがな		性別	血液型	生 年 月 日	年 月 日 (歳)
氏 名		男・女			
			(+・-)		
住 所	板橋区	電 話			

緊急連絡先				
	氏 名	続柄	電話番号	住 所
①				
②				
③				

かかりつけ医療機関				
	医療機関名・〇〇科	担当医	住所	電話
①				
②				
現在服薬中の薬			治療中の病気(持病)	
アレルギー			過去にかかった主な病気	
なし・あり()				

その他関係者(ケアマネージャーなど)				
	該当に☑	事業所名	氏 名	電話番号
①	☐ ケアマネージャー ☐ 民生委員 ☐ その他()			
②	☐ ケアマネージャー ☐ 民生委員 ☐ その他()			

上記以外で、救急隊や搬送された病院に伝えたいこと	

同意欄	※私は、この中に入っている救急情報を、救急隊と搬送先の医療機関が救急活動に活用することに同意します。	
	本人氏名 (自署)	

記入の仕方・注意事項

ご本人確認情報

氏名 : 救急隊員等が読めるように、「ふりがな」を必ずご記入ください。
住所 : 建物名、部屋番号まで必ずご記入ください。
電話 : 固定電話と携帯電話をお持ちの方は、両方ご記入ください。

緊急連絡先

3人以上いる場合は、ご自身の状況を把握している方を優先してご記入ください。
連絡先は、日中と夜間つながる番号をご記入ください。

かかりつけ医療機関

医療機関名・担当医・連絡先は、正確に間違わないように記入してください。
医療機関名は、身体状況をよく把握している医療機関を優先して記入してください。

服薬中の薬・治療中の病気・アレルギー・過去にかかった主な病気

服薬中のお薬は、薬剤情報提供書やおくすり手帳のコピーなども入れてください。
アレルギーは、「あり」の場合は、食べ物やお薬の名前をご記入ください。

その他関係者について

担当のケアマネージャーや地域の民生委員など、ご自身の状況を把握している方を優先してご記入ください。

その他、救急隊などに伝えたいことについて

- ・特定の病院でしか対応できない特殊疾病がある場合についての取り決めごと
 - ・搬送時などに救急隊員に特に注意してほしいこと
 - ・緊急連絡先についての補足事項
- など、その他緊急時に役立つと思われることをご記入ください。

同意欄について

救急隊と輸送先の医療機関が、記入した情報などを救急医療に活用することに同意いただいた上で、「本人氏名」欄へのご署名をお願いします。

※ 緊急情報に変更があったときは、必ず内容を書き換えてください。
(変更した日付を右上の欄に記入してください)