

救急医療情報シート

※書き直せるよう、鉛筆での
ご記入をおすすめします。

(年 月 日 作成)

本人情報	ふりがな		性別	生年月日	血液型
	氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日	(+・-)型
	住所			電話番号	
	松江市			(自宅) 0852- - (携帯) - -	

救急隊員への 伝言など	
----------------	--

医療情報		かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
	病院名		
診療科目			
担当医			
電話番号		- -	- -
これまでにした 大きな病気			
治療中の病気	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> その他()		
服用薬	※お薬の名前を書か、飲んでいる薬が分かるもの(処方箋・薬袋など)をケースに入れてください。		
アレルギー	なし・不明・あり(アレルギー名)		

緊急連絡先	連絡してほしい 家族・友人①	ふりがな		続柄	電話番号
		氏名			(自宅) - - (携帯) - -
		住所			
	連絡してほしい 家族・友人②	ふりがな		続柄	電話番号
		氏名			(自宅) - - (携帯) - -
		住所			

(介護保険等のサービスを受けておられる場合)

担当ケア マネジャー	事業所			
	担当者		電話番号	- -

※裏面もあります

同意・了承 について	<p>次のことについて、同意・了承の上、このシートに記載を行なっています。(利用申込書(兼同意書)より)</p> <p>同意内容 救急時に活用できるように、申請書・情報シートの内容を消防本部、医療機関へ提供することについて、同意します。</p> <p>次の①から⑧について、了承しました。</p> <ol style="list-style-type: none">① 搬送に急を要するときなどは、シートを活用できない場合があります。② 所定の場所(原則は冷蔵庫の前面、前面が難しいときは側面)にセットが貼付されていないときは、シートを活用できない場合があります。③ 急を要する場合は、救急隊員が本人等の同意を得ることなく、セットを持ち出す場合があります。④ かかりつけ医療機関があっても、他の病院に救急搬送される場合があります。⑤ シートに救急隊員への伝言を記載されていても、必ずしも実行されるとは限りません。⑥ セットの善良な管理をお願いします。⑦ シートの情報は、毎年1回は見直して更新してください。⑧ セットが不要となった場合、ご自身または家族の方で処分してください。
---------------	--

メモ	<p>(自由にご利用ください)</p>
----	---------------------