

年 月 日作成
年 月 日変更

救急情報

ふりがな		血液型		
本人氏名		型 Rh () ・ 不明		
生年月日	(明 ・ 大 ・ 昭) 年 月 日	性別	男	女
住 所		電話		

医療情報

かかりつけ病院	①	②
科目・担当医		
住 所		
電 話		
かかっている病気		
服薬内容		
特記事項 (アレルギーなど)		

救急連絡先

氏 名	①	②
続 柄		
住 所		
電 話	(日中) (夜間)	(日中) (夜間)

支援事業所	
担 当 者	
所 在 地	電話

救急隊員への伝言・その他

容器内の情報は、救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。

署名

※ 記入方法は裏面を参照ください。

記入の仕方・注意事項

ご本人情報について

生年月日：年については西暦、または該当する年号を○で囲み、ご記入ください。

血液型：お調べになったことがない等、わからない場合は「不明」を○で囲んでください。

医療情報について

かかりつけ医療機関名欄の連絡先は、正確に間違いのないようご記入ください。

医療機関名は、2ヶ所記入できますが、身体情報をよく把握している医療機関を優先してご記入ください。

服薬内容：

服薬内容を書ききれなければ薬剤情報提供書の写し・おくすり手帳の写し・薬袋などを入れてください。

特記事項：

持病や特定の病院でしか対応できない特殊な疾病がある場合など、病院との決めごとをご記入ください。

緊急連絡先について

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。

緊急連絡先氏名：ご家族以外の方でも構いません。

連絡先：日中と夜間の連絡電話番号をご記入ください。

支援事業所：ケアマネージャーに確認し、電話番号と担当者も必ずご記入ください。

その他の欄について（記入例）

- ・救急隊員に注意して欲しいこと（搬送時など）
- ・緊急連絡先について補足事項（夜間に電話をかけられるのは誰か、など）
- ・その他緊急時に役立つと思われること

同意欄について

内容をよく読み、同意いただいた上で、必ずご自身の氏名をフルネームでご署名ください。

医療機関へのお願い

支援事業所欄は、退院にともなうケアプランなどの変更等で、ご本人や親類が連絡できない場合にご活用をお願いいたします。

※救急情報に変更があったときには、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。）