

救急医療情報シート

写真貼付
(任意)

私は、緊急時に以下の情報を救急隊、搬送先の医療機関等が活用することに同意します。

※記入は鉛筆でお願いします。

○年 ○月 ○日作成

| | | | | | |
|---|--|-------------|-------------------------------|---|--|
| ふりがな | にいざ たろう | | 性別 | 男 | |
| 氏名 | 新座 太郎 | | 血液型 | Rh $\begin{matrix} \oplus \\ \cdot \\ - \end{matrix}$ A 型 | |
| 生年月日 | 明治・大正・ <u>昭和</u> ・平成 ○○年○○月○○日 | | | | |
| 住所 | 新座市 野火止 ○-○-○ | | | | |
| 電話 | (自宅) 048-○○○-○○○○ (携帯電話) ○○○-○○○○-○○○○ | | | | |
| 病院名 | かかりつけ医療機関① ○○病院 | | かかりつけ医療機関② | | |
| 診療科目 | 糖尿病内科 | | ご自身の情報を漏れなくご記入下さい。 | | |
| 所在地 電話番号 | 新座市○○-○○ 電話 048(○○○)○○○○ | | | | |
| 主な 既往歴 | 糖尿病 | | | | |
| 服薬情報 | ○○を朝・夕 一錠 | | | | |
| 障がい者手帳の有無 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(級) <input type="checkbox"/> 療育手帳(級) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳(級) | | | | | |
| 医師や救急隊に知ってほしいこと (例)人工透析、インスリン注射、アレルギー、ペースメーカー使用など 毎食前インスリン注射 | | | | | |
| ご自宅の電話だけでなく携帯電話や勤務先の電話など必ず連絡の取れる番号をご記入下さい。 | | | | | |
| 緊急連絡先 | | | | | |
| 氏名 | 続柄・関係 | 住所 | 電話 | | |
| ① 新座 一郎 | 長男 | 新座市○○町○-○ | ○○-○○○○-○○○○ ○○○-○○○○-○○○○ | | |
| ② 新座 花子 | 長女 | ○○市○○町○-○-○ | ○○○-○○○○-○○○○ | | |
| ③ | | | | | |

情報は適宜ご自身で書き換えて下さい。

※裏面に記入についての説明があります。