

## 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・平) 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		
電 話 番 号		
かかっている病気		
服薬内容	コピー (あり・なし)	コピー (あり・なし)
健康保険証番号		コピー (あり・なし)
特記事項 (アレルギーなど)		

## 緊 急 連 絡 先

氏 名	①	②
本人との関係		
住 所		
電 話	(日中) (夜間)	(日中) (夜間)

支援事業者	
担当者	電話

その他・補足事項
----------

容器内の情報を、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。

本人氏名

印鑑又はサイン

※ 記入方法は裏面を参照下さい。

## 救急医療情報シートの記入の仕方、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記入してください。

医療機関名は、2カ所記入できますが、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。

持病・服薬内容：

薬剤情報提供書の写し・くすり手帳の写し・薬袋などを入れることで代えてください。

健康保険番号：

健康保険証をご確認のうえ、保険者名・番号を記入してください。

健康保険証のコピーをいれる場合は、コピー「あり」を○で囲んでください。

特記事項：

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記入してください。

※ 救急活動において、搬送先の医療機関を決める場合、本人の状態によっては、カードに記載された「かかりつけ医療機関」に搬送されない場合があります

### 《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。

緊急連絡先指名：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記入してください。

支援事業者：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・補足事項欄について》

- ・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、必ずご自身で苗字とお名前すべてをご記入ください。

ご本人の印鑑を押印してください。印鑑をお持ちでない方はサインをお願いいたします。

### 《医療機関へのお願い》

支援事業者欄は、退院等にもなうケアプランなどの変更等で、ご本人や親族が連絡できない場合にご活用をお願いします。

使用後は必ずご本人に安全・安心キット（医療情報カード、服薬情報等含む）をお返し下さい。

※ 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。）

### 【問い合わせ連絡先】

由利本荘市福祉支援課 福祉班 電話番号 24-6315