

救急医療情報シート

シート記入日 年 月 日

本人情報	フリガナ		血液型	
	氏名			
	性別		生年月日	
	住所		FAX番号	
		電話番号		

緊急連絡先	連絡してほしい 家族・友人①	フリガナ		続柄	
		氏名		電話・FAX	
		住所		携帯番号	
	連絡してほしい 家族・友人②	フリガナ		続柄	
		氏名		電話・FAX	
		住所		携帯番号	

医療情報	主なかかりつけ医	病院名		担当科目	(例)呼吸器内科
		住所		担当医	
				電話番号	
	大きな病歴				
	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 その他()			
	普段使用している薬	※お薬名を書くか、処方箋をキットに入れてください。			
アレルギー	なし・あり(_____ にアレルギーがある)				

介護情報	要介護度	なし・要支援 / 要介護度 1 2 3 4 5				
	ケアマネジャー	事業所名		電話番号		
担当者名						

特記事項	救急隊員やお医者さんに特に伝えたいこと (例)喘息・人工透析治療中・ペースメーカーや埋込式除細動器・エピペン服薬など (聴覚障害者 ・ 視覚障害者 ・ 肢体不自由(上肢機能障害 ・ 下肢機能障害))

※内容やお薬が変わったら、すぐ新しい内容に変更してください。