

記入例

救急情報

(平成 年 月 日作成)  
(平成 年 月 日変更)

氏名	生年月日	性別	血液型
きよ す た ろう 清 須 太 郎	明・大 昭・平 6 年 1 2 月 8 日	男 女	B 型
電話番号	住所		
0 5 2 ( 4 0 0 ) 〇〇〇〇	清須市清洲1-6-1 〇〇アパート101		

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
名称	〇〇〇〇〇〇 医院	△△△△△△ 病院
科目及び担当医	内科 新川花子医師	内分泌内科 西枕二郎医師
所在地	清須市〇〇〇100番地	名古屋市西区△△△88番地
電話番号	0 5 2 ( 4 0 0 ) 〇〇〇〇	0 5 2 ( △△△ ) △△△△

家族以外の方でもかまいません。本人の状況を把握している方をお書きください。

緊急連絡先氏名	氏名	電話番号	住所
きよ す さぶ 清 須 三 郎	長 男	0568 (△△△) △△△△ 090 (△△△△) △△△△	稲沢市〇〇〇77番地
はる ひ さくら 春 日 さくら	妹	0587 (000) 0000 090 (0000) 0000	北名古屋市△△△△111番地

薬の情報提供書やくすり手帳の写し、薬袋などを一緒に入れてください。

服薬内容 (薬剤情報提供書の写しなど)	持病
別紙のくすり手帳写しのとおり	高血圧、糖尿病、脳梗塞後遺症

救急隊員に伝えておきたい事をお書きください。

その他 救急隊員への伝言など	右側上肢に軽度の麻痺があります。 平日の昼間に緊急連絡先の清須三郎に連絡する場合は、携帯電話をお願いします。
-------------------	---

介護保険の認定を受け、ケアマネジャーのいる方は必ずお書きください。

指定居宅介護支援事業者	所在地
〇〇〇ケアプランセンター	清須市△△△△△777番地
電話番号	
0 5 2 ( 4 0 9 ) △△△△	( )

同意欄	容器の中に入っている救急情報を、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	清 須 太 郎	印鑑又はサイン
			清 須