

救急医療情報シート（記入例）

記入年月日 令和〇〇年△△月××日

この情報を救急時等に救急隊・医療機関等が活用することに同意します。

○ご本人の基本情報

フリガナ 名前	カリヤ タロウ 刈谷 太郎	性別	男・女	生年月日	昭和14年 2月 3日
住所	刈谷市東陽町1丁目1番地	電話番号	0566-23-1111 080-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
		血液型	A・B・O・AB		

○緊急連絡先 ※子供や兄弟などなるべく血縁関係の近い親族をご記入ください。
※近隣に親族が居ない場合には緊急時にすぐに駆けつけられる方をご記入ください。

①	フリガナ 名前	カリヤ ジロウ 刈谷 次郎	続柄	次男	電話番号	0566-〇〇-〇〇〇〇 080-△△△△-△△△△
	住所	刈谷市〇〇町〇丁目〇番地				
②	フリガナ 名前	トヨタ ハナコ 豊田 花子	続柄	知人	電話番号	0566-〇〇-〇〇〇〇 080-××××-××××
	住所	刈谷市東陽町1丁目〇〇番地				

○治療中の病気など ※病院・薬局で渡される薬の説明書（薬剤情報提供書）を容器の中に入れる場合は、飲んでいる薬名等の記入は省略しても構いません。

	治療中の病気	飲んでいる薬名等	かかりつけ医療機関
①	糖尿病	インスリン	〇〇内科
②	狭心症	〇〇〇〇	△△総合病院
③			

○備考（薬剤アレルギーなど 伝えておきたいこと）

<ul style="list-style-type: none">アスピリン系薬剤にアレルギーがあります。担当ケアマネジャー（東陽 一郎さん） TEL 0566-〇〇-〇〇〇〇救急通報等により病院へ搬送となる場合は、△△病院への搬送を希望します。
--

※「健康保険証のコピー」、「薬の説明書（薬剤情報提供書）のコピー」、「本人の写真（裏に氏名を記入）」、「診察券のコピー」を容器の中に入れておくと、救急時により有効に活用できます。