

救急医療情報シート

記入年月日 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

フリカ`ナ 名 前		性 別	男・女	生年月日	年 月 日
住 所				電話番号	
				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	フリカ`ナ 名 前		続 柄		電話番号	
	住 所					
②	フリカ`ナ 名 前		続 柄		電話番号	
	住 所					

○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			
②			
③			

○備考（薬剤アレルギーなど 伝えておきたいこと）

--

※「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。