

救急医療情報用紙

(写真)

写真も貼ると
安心です。

記入例

記入日 令和〇年 7月 1日

変更日 年 月 日

私は、容器の中の情報を、緊急時に救急隊、消防隊、搬送先の医療機関
等が活用することに同意します。

1. 本人情報

住所	佐倉市 ◇◇◇9-9-9		
電話	043(〇〇〇)□□□□	携帯	090(〇〇〇〇)□□□□
氏名	フリガナ サクラダ レイ	生年月日	
	佐倉田 零 (男)・女)	明治 大正 (昭和)平成	29年 3月 31日
身体の状況	血液型【 AB 型 】 Rh + ・ <input checked="" type="radio"/>		
介護認定	認定の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無 有の場合: 介護認定区分【要支援 2】: 【要介護】		
持病・障がい の状況等			
アレルギーの 有無	無 ・ <input checked="" type="radio"/>	環境	ハウスダスト・ダニ・花粉・動物・その他()
		食物	たまご・牛乳・小麦・その他()
		薬	造影剤・その他()

アパート・マンション名、部屋番号、
方書(同居の場合)まで書いてください。

不明の場合、記入しないでください。

障害者手帳、特定疾患医療受給者証などをお持ちの
方は(写)を入れてください。

2. 緊急時の連絡先

氏名	続柄	電話	同居 有無	住所
佐倉田 京子	姉	080(〇〇〇)〇〇〇〇	有	佐倉市◇◇◇9-9-9
佐倉田 一郎	子	090(〇〇〇)〇〇〇〇	無	佐倉市海隣寺町97番地

3. かかりつけ医療機関

	1	2
名称	佐倉ヶ丘病院	
科目・担当医	内科・佐倉 三郎	
診察券番号	1234567	
所在地	佐倉市△△△7-8-9	
電話	043(484)1111	
病名	喘息・関節リウマチ	
服薬内容 (種類や量)		
病気の状況	<input checked="" type="radio"/> 治療中 ・ <input type="radio"/> 完治	治療中 ・ <input type="radio"/> 完治

日中・夜間必ずつながる電話番号を書いてください。

服用中の薬について記入または、薬剤情報提供書(写)、
お薬手帳(写)などを容器に入れてください。

4. 備考欄 (救急隊等に特に伝えたいこと)

--