

救急医療情報用紙

(写真)

写真も貼ると
安心です。

記入日 年 月 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		
電話		携帯	
氏名	フリガナ		生年月日
			明治 大正 昭和 平成 年 月 日 (男・女)
身体状況	血液型【 型 】 Rh + ・ -		
介護認定	認定の有無【 有 ・ 無 】 有の場合: 介護認定区分【 要支援 】・【 要介護 】		
持病・障がい の状況等			
アレルギーの 有無	無 ・ 有	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()

2. 緊急時の連絡先

氏名	続柄	電話	同居 有無	住所

3. かかりつけ医療機関

	1	2
名称		
科目・担当医		
診察券番号		
所在地		
電話		
病名		
服薬内容 (種類や量)		
病気の状況	治療中 ・ 完治	治療中 ・ 完治

4. 備考欄 (救急隊等に特に伝えたいこと)

--