

救急医療情報シート

年 月 日作成（更新 回目）

1 ご本人の情報 （※ご家族が2人以上のときは、それぞれ別の用紙に記入してください。）

（ふりがな） 氏名		男・女
生年月日	（ 明治・大正・昭和 ） 年 月 日（ 歳）	
住所	滝沢市	
電話番号	血液型	型・Rh（ ）
世帯の状況	1. 独居高齢者 2. 高齢者のみの世帯 3. その他（ ）	

2 緊急時の連絡先

氏名	続柄	電話番号	同居・別居	住所

3 かかりつけ医療機関 ※主な医療機関2箇所

医療機関名 診療科・担当医	①	②
所在地・電話番号		
かかっている 病 気		

4 指定居宅介護支援事業者 ※介護保険サービスを利用している方

事業者 （ケアマネジャー）	所在地 電話番号
------------------	-------------

5 その他（救急隊員への伝言など）

保険証の記号番号：

私は、容器の中の情報を、救急時に救急隊員や搬送先の医療機関等が救急医療に活用することに同意します。

本人氏名 _____ 印 （※自筆の場合、印は不要です。）