

(令和 年 月 日作成)

救急情報

ふりがな 氏名	生年月日	性別	血液型
	大・昭 平・令 年 月 日	男 女	型
電話番号	住所		

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
名称		
科目・担当医		
所在地		
電話番号		

緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	住所
		()	
		()	
		()	
		()	

服薬内容(薬剤情報提供書の写しなど)	持病

その他	
救急隊員への伝言など	

同意欄	容器の中に入っている救急情報を、救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。		
	本人氏名		印鑑又はサイン

※裏面には、記入の仕方についての説明があります。

記入の仕方、注意事項

《ご本人情報について》

- 氏名： 救急隊員等に読み方がわかるよう、ふりがなをご記入ください。
- 生年月日： 該当する年号を○で囲み、ご記入ください。
- 血液型： お調べになったことがない等、わからない場合は「不明」とご記入ください。
- 住所： マンション名、部屋番号まで必ずご記入ください。

《かかりつけ医療機関について》

かかりつけ医療機関名欄の連絡先は、正確に間違いのないよう記入してください。

医療機関名は、2箇所記入できますが、身体状況をよく把握している医療機関を優先してご記入ください。

《緊急連絡先について》

3人以上いる場合は、ご自身の状況を把握している方を優先してご記入ください。

緊急連絡先氏名： 御家族以外の方でも構いません。

連絡先： 日中と夜間つながる番号をご記入ください。

《服薬内容・持病について》

服薬内容については、薬剤情報提供書の写し・くすり手帳の写し・薬袋などを入れることで代えてください。

《その他欄について》（記入例）

- ・特定の病院でしか対応できない特殊疾病がある場合についての、病院との取り決めごと
- ・救急隊員に注意してほしいこと（搬送時など）
- ・緊急連絡先について補足事項（夜間に電話をかけられるのは誰か、など）
- ・その他緊急時に役立つと思われること

《同意欄について》

内容をよく読み、同意いただいた上で、必ずご自身で苗字とお名前全てをご記入ください。

代筆の場合は、余白に代筆する方の氏名、ご関係も併せて記入し、ご本人の印鑑を押印してください。

《医療機関へのお願い》

指定居宅介護支援事業者欄は、退院等にとまなうケアプランなどの変更等で、ご本人や親族が連絡できない場合にご活用をお願いします。

※ 緊急情報に変更があったときには、必ず内容を書き換えてください。

（変更した日付を右上の欄に記入してください。）