

(医療情報記録用紙)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 年 | 月 | 日 | 作 | 成 |
| 年 | 月 | 日 | 変 | 更 |
| 年 | 月 | 日 | 変 | 更 |
| 年 | 月 | 日 | 変 | 更 |

## 救急情報

|      |               |            |   |   |
|------|---------------|------------|---|---|
| ふりがな |               | 血液型        |   |   |
| 本人氏名 |               | 型 Rh( )・不明 |   |   |
| 生年月日 | (明・大・昭) 年 月 日 | 性別         | 男 | 女 |
| 住所   |               | 電話         |   |   |

## 医療情報

|                   |   |   |
|-------------------|---|---|
| かかりつけ医療機関         | ① | ② |
| 科目・担当医            |   |   |
| 住所                |   |   |
| 電話                |   |   |
| かかっている病気          |   |   |
| 服薬内容              |   |   |
| 特記事項<br>(アレルギーなど) |   |   |

## 緊急連絡先

|    |                      |                      |
|----|----------------------|----------------------|
| 氏名 | ①                    | ②                    |
| 続柄 |                      |                      |
| 住所 |                      |                      |
| 電話 | (日中) ( )<br>(夜間) ( ) | (日中) ( )<br>(夜間) ( ) |

その他

|     |
|-----|
| その他 |
|-----|

容器内の情報は、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 |
|------|

※ **太枠(太字)**で囲んでいる所は、必ずご記入ください。

※ 記入方法は裏面を参照下さい。

## 記入の仕方、注意事項

### 《ご本人情報について》

生年月日：該当する年号を○で囲み、ご記入ください。

血液型：お調べにならなかったことがない等、わからない場合は「不明」を○で囲んでください。

### 《医療情報について》

かかりつけ医療機関は、2カ所記入できますが、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。

かかっている病気・服薬内容：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。

特記事項：特定の病院でしか対応できない特殊な疾病がある場合など、病院との決めごとを記入してください。

### 《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：ご家族以外の方でも構いません。

連絡先：日中と夜間に連絡できる電話番号を記入してください。

### 《その他欄について》

- ・救急隊員に注意して欲しいこと(搬送時など)
- ・その他緊急時に役立つと思われること をご記入ください。

### 《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すべ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てください。

※ 救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・更新した日付を右上の欄に記入してください。)

問い合わせ：三郷市長寿いきがい課 電話048-930-7788(直通)