

(医療情報記録用紙)

案

年 月 日 作成
年 月 日 変更・更新・確認
年 月 日 変更・更新・確認
年 月 日 変更・更新・確認

救 急 情 報

ふりがな				
本人氏名				
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
かかっている病気		
服薬内容		
特記事項 (アレルギーなど)		

緊 急 連 絡 先

氏 名	①	②
続 柄		
住 所		
電 話	(日中) () (夜間) ()	(日中) () (夜間) ()

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ヵ所記入できますが、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・確認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)