

(様式第1号)

救急医療情報シート

※書き直せるよう、鉛筆でのご記入をおすすめします。

(年 月 日 作成)

本人情報	ふりがな		性別	生年月日	血液型
	氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日	(+・-) 型
	住 所			電 話 番 号	
	松江市			(自宅) 0852- - (携帯) - -	

救急隊員への 伝言など	
----------------	--

医療情報		かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
	病院名		
	診療科目		
	担当医		
	電話番号	- -	- -
	これまでにした 大きな病気		
	治療中の病気	□高血圧 □心臓病 □糖尿病 □腎疾患 □その他()	
	服 用 薬	※お薬の名前を書くか、飲んでいる薬が分かるもの(処方箋・薬袋など)をケースに入れてください。	
アレルギー	なし・不明・あり(アレルギー名)		

緊急連絡先	連絡してほしい 家族・友人①	ふりがな		続柄	電話番号
		氏名			(自宅) - - (携帯) - -
		住所			
	連絡してほしい 家族・友人②	ふりがな		続柄	電話番号
		氏名			(自宅) - - (携帯) - -
		住所			

(介護保険等のサービスをうけておられる場合)

担当ケア マネジャー	事業所			
	担 当 者		電話番号	- -

※裏面もあります

同意・了承について	次のことについて、同意・了承の上、このシートに記載を行なっています。(利用申込書(兼同意書)より) 同意内容 救急時に活用できるように、申請書・情報シートの内容を消防本部、医療機関へ提供することについて、同意します。 次の①から⑧について、了承しました。 ① 搬送に急を要するときなどは、シートを活用できない場合があります。 ② 所定の場所(原則は冷蔵庫の前面、前面が難しいときは側面)にセットが貼付されていないときは、シートを活用できない場合があります。 ③ 急を要する場合は、救急隊員が本人等の同意を得ることなく、セットを持ち出す場合があります。 ④ かかりつけ医療機関があっても、他の病院に救急搬送される場合があります。 ⑤ シートに救急隊員への伝言を記載されていても、必ずしも実行されるとは限りません。 ⑥ セットの善良な管理をお願いします。 ⑦ シートの情報は、毎年1回は見直して更新してください。 ⑧ セットが不要となった場合、ご自身または家族の方で処分してください。
------------------	--

メモ	(自由にご利用ください)
-----------	---------------------