

(記入例) 救急医療情報シート

令和 年 月 日作成

注 意 事 項

1 「救急医療情報シート」について

- (1) このシートは、ご自身の医療情報を駆け付けた救急隊等に迅速・的確に提供することを目的としています。
- (2) 「救急医療情報シート」を提示していただいた場合は、活用に関しての同意が得られたものとして使用させていただきますので、ご了承ください。
- (3) 搬送先医療機関や救急隊等が行う処置等について、状態や様々な状況により、ご本人やご家族のご希望・ご要望に沿えない場合がありますので、ご了承ください。
- (4) 記載内容に変更があった場合には、その都度、新しい情報を記載してください。
- (5) 救急医療情報は個人情報ですので、ご自身及びご家族等の判断と責任において管理し、紛失に注意してください。

2 緊急連絡先について

救急車等が緊急連絡先に記載されている方に対し、電話連絡をする場合がありますので、ご自身又はご家族で事前に説明し、同意を得ておいてください。

【問い合わせ先】

(救急医療情報の書き方・救急安心カードについて)
消防本部 救急救命課 046-223-9365

(救急医療情報セットの配布場所の問い合わせ)
福祉総合支援課 046-225-2220
障がい福祉課 046-225-2221

(あつぎ健康相談ダイヤルについて)
健康医療課 046-225-2174

救急医療情報シートの書式は、厚木市ホームページからもダウンロード可能です。
(ページID: 30914)

◇ご本人の基本情報

氏 名	フリガナ アツギ タロウ 厚木 太郎	生年月日	T S H R 20年 5月 30日(74 歳)
住 所	厚木市 厚木1-2-3-405		
電話番号	0 4 6 - * * * - * * * *	性 別	☒ 男・女・その他・答えたくない

◇医療情報

	病名	主なかかりつけ医療機関	備考
1	糖尿病 腎不全	厚木市立 病院 内 科 厚木医師 電話番号 046 - 221 - 1570	ヒューマログ(インスリン注射) 透析治療中
2		病院 科 医師 電話番号 - -	
アレルギーの有無等(有・無のいずれかに○をつけ、有の場合には内容をご記入ください。) ☒ 有 薬 () ☐ 無 食物 () その他(アルコール(消毒液))			
病歴・治療歴・手術歴・体内人工物等(ペースメーカー等) 2014年から透析治療 2019年に大動脈解離で手術歴あり(人工血管あり、ワーファリン内服)			
その他、禁忌事項や医師等に伝えたいこと。(例:在宅酸素・人工肛門・宗教・要介護度等) ワーファリン内服中のため、止血がしづらいです。 右腕にシャントがあるため、血圧測定や採血は左腕でお願いします。 右耳が聞こえづらいため、左から話かけてください。			

◇緊急連絡先

	氏 名	続柄	住 所	電話番号
1	厚木 亜由	長女	厚木市中町1-2-3	090-*-*-**-*****
2	厚木 子呂	長男	厚木市寿町1-2-3	090-*-*-**-*****
3				

◇地域の支援者(地域包括支援センター・障害者相談支援センター・ケアマネジャー・訪問看護等)

名 称	〇〇訪問看護ステーション	担当者	△△	電話番号	090-*-*-**-*****
名 称	●●地域包括支援センター	担当者	▲▲	電話番号	046-*-*-**-*****
名 称	居宅介護支援事業所など	担当者		電話番号	

添付書類: ☐ 本人の写真 ☐ 保険証の写し ☐ 診察券の写し ☐ お薬手帳の写し

このシート及び袋内の情報を災害時や緊急時に救急隊(消防隊)や搬送先の医療機関等が活用することに同意します。

本人氏名(自署) 厚木 太郎