

(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付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、活用に関する同意が得られたものとして使用させていただきます。
(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	厚木 太郎	生年月日	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 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 電話番号 - -	医師
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記入ください。) 有 無 薬 () その他(アルコール(清毒液)) 食物 ()		
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) ワーファリン内服のため、止血がしづらいです。 右腕にシヤンクがあるため、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
名称	●●地域包括支援センター	担当者	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