

救急医療情報シート

令和 年 月 日作成

◇ご本人の基本情報

氏名	フリガナ	生年月日	T・S H・R	年 月 日(歳)
住所	厚木市			
電話番号	-	-	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	病院	科	医師	
	電話番号	-	-	
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・無 薬 ()				
食物 () その他 ()				
病歴・治療歴・手術歴・体内人工物等(ペースメーカー等)				
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)				

◇緊急連絡先

	氏名	続柄	住所	電話番号
1				
2				
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・ケアマネージャー・訪問看護等)

名称	担当者	電話番号
名称	担当者	電話番号
名称	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)