

救急医療情報

ふりがな 氏名			電話	自宅 072 () 携帯				
住所	寝屋川市							
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女
血液型	型	アレルギー		<input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない				
※不明の場合記入不要								

▼わかる範囲で、できるだけ記入してください。

治療中の病気 (過去にかかった病 気)			
かかりつけ医名	※診察券の コピーを同 封すれば 記入不要 です。		
電話番号			
所在地			
科目/担当医			
服用薬	<input type="checkbox"/> 同封の薬剤情報のとおり ※薬剤情報のコピーを同封すれば薬名の記入不要です。 <input type="checkbox"/> 薬名 ()		
使っては いけない薬			

▼該当する場合は記入または○をつけてください。

要介護認定	要支援1・要支援2	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
介護保険 サービス	・利用している事業所名 () ・担当ケアマネジャー () 電話番号 ()	

■緊急連絡先 ※必ず連絡がとれる電話番号を記入してください。

氏名	電話	日中	夜間	本人との関係
住所	※先に連絡			
氏名	電話	日中	夜間	本人との関係
住所	※次に連絡			

★救急医療情報記入のしかた

記入日	この用紙に記入した日を書いてください。
氏名(ふりがな)	ふりがなも忘れずに書いてください。
電話	携帯電話をお持ちの方は携帯電話の番号もご記入ください。
住所	町名と番地をご記入ください。 ※マンション名などもあわせて記入してください。
生年月日	年は西暦を記入するか、元号に○をつけたうえで記入してください。
年齢	この用紙に記入した日の満年齢を書いてください。
性別	男または女に○をつけてください。
血液型	A、B、O、ABのいずれかを記入してください。 ※ご自分の血液型がわからない場合は記入しないでください。
アレルギー	該当する□に✓を入れてください。 ※ある場合は何のアレルギーかを()に書いてください。 (例) <input checked="" type="checkbox"/> ある (卵、そば、スギ花粉)
治療中の病気 過去にかかった病気	病名を書いてください。 過去にかかった病気は、いつかかったかを()で書いてください。 (例) 胃潰瘍(平成18年)
かかりつけ医名	かかりつけ医がある場合のみ記入してください。ただし、診察券をコピーしてカプセルに入れていただければ記入不要です。
電話番号	かかりつけ医がない場合は記入不要です。
所在地	※かかりつけ医への搬送をお約束するものではありませんので、ご了承ください。
科目 担当医	かかりつけ医に複数の診療科目がある場合(大学病院など)で受診している診療科と担当の医師がわかる場合に記入してください。 かかりつけ医のない場合や個人病院の場合は記入不要です。
服用薬	薬局などで薬をもらうときに添えてある薬の説明書をカプセルに入れていただければ、薬の名前は記入不要です。 その場合は、□同封の薬剤情報のとおり□に✓を入れてください。 のんでいる薬がない場合は記入不要です。
使ってはいけない薬	ない場合や不明の場合は記入不要です。
要介護認定	介護認定を受けている場合のみ記入してください。
介護保険サービス	介護保険サービスを受けている場合のみ記入してください。 緊急連絡先欄に書いていただいている方に連絡がとれない場合は事業所へ連絡させていただくこともあります。
緊急連絡先	ご家族などの連絡先を日中(勤務先、携帯など)、夜間(自宅、携帯など)に分けて記入してください。 ※夜間も日中と同じ連絡先の場合は、「同左」とご記入ください。 ※先に連絡してほしい人を上に書いてください。 ※3件以上連絡先がある場合は、欄外や別紙にご記入ください。

【重要】救急医療情報に変更があった場合は必ず修正してください。