

救急医療情報 シート

令和 年 月 日 作成

本人住所				ふりがな 氏名				
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男 女	血液型	型

※本人が加入している保険に○をつけてください。その他の場合は加入保険及び加入保険連絡先を記載してください。

加入保険	() 後期高齢者医療保険		電話 055-272-1105	
	() 国民健康保険		電話 055-272-1105	
	() その他	加入保険名称		
		加入保険連絡先		

※緊急時の連絡先・現在治療中の病気、受診している医療機関について記載してください。

	かかりつけ医療機関 ①	かかりつけ医療機関 ②
病 院 名		
所 在 地		
科目及び担当医		
病 名		
服薬内容		
直近のコロナワクチン接種日	年 月 日	

ふりがな 緊急連絡先氏名	続 柄	住 所	電話番号	電話のつな がる時間帯
			Tel ()	日中・夜間
			携帯 ()	日中・夜間
			Tel ()	日中・夜間
			携帯 ()	日中・夜間

その他 救急隊、医師への伝言	
-------------------	--

同意欄	袋の中に入っている情報を、救急隊と搬送先の医療機関が救急医療に活用すること、また、生命・身体 の保護に必要な場合は第三者が活用することに同意します。			
	本人氏名		印鑑又はサイン	

※早急な処置、病院搬送を優先する時にはキットを活用出来ない事があります。ご理解の上で、ご自身で氏名を記入してください。

※救急時の本人確認のため顔写真を袋に同封してください。

※担当ケアマネージャーがいる場合は記入してください

担当ケアマネージャー氏名	事業所名	電 話