

救急医療情報シート

取扱い注意

きくせいび
作成日

ねん
年

がっ
月

び
日

じゅう 住	しょ 所	しきぐんかわにしちよう 磯城郡川西町					
ふりがな				でんわ 電話			
し 氏	めい 名			FAX			
せい 性	べつ 別	おとこ おんな 男 女	せいねんがっ び 生 年 月 日	たいしやう 大正 しやうわ 昭和	ねん 年	がっ 月	び 日
					けつえきがた 血液型		
緊 急 連 絡 先	①	じゅう 住	しょ 所				
		ふりがな			でんわ 電話 ばんごう 番号	()	ほんにん 本人と かんけい の関係
	②	じゅう 住	しょ 所				
		ふりがな			でんわ 電話 ばんごう 番号	()	ほんにん 本人と かんけい の関係
					でんわ 電話 ばんごう 番号		()
					でんわ 電話 ばんごう 番号		()
し えん じ ぎやうしや 支 援 事 業 者				たんとうしや 担 当 者		でんわ 電話 ばんごう 番号	
						()	
いつも通っている病院・診療所 ①				いつも通っている病院・診療所 ②			
びやう いん 病 院	めい 名			びやう いん 病 院	めい 名		
びやう 病	めい 名			びやう 病	めい 名		
たんとう い 担 当 医 師	し 氏			たんとう い 担 当 医 師	し 氏		
いつも飲 でいるお薬	くすり の	お薬情報添付（あり・なし）		いつも飲 でいるお薬	くすり の	お薬情報添付（あり・なし）	
でんわ 電話	ばんごう 番号	()		でんわ 電話	ばんごう 番号	()	
ア レ ル ギー		ある () ・ ない					
か こ びやうき 過去の病気やケガ							
その他、救急隊に伝えたい事項				例) 認知症の有無や発作用の薬、身体の不自由な部分など			
★搬送後の対応について（伝えたいことがある方は □に✓を入れるか、希望することを記入してください） 記入にあたっては、親族や関係者と相談の上、ご記入ください □できるだけ救命、延命をしてほしい □苦痛をやわらげる処置なら希望する							

ほんにん かくにんしよめいらん できる範囲で、救急搬送や救急処置の参考にして頂くことに同意します

なまえ
名前

※裏面に記入についての説明があります