

救急情報シート

（ 年 月 日：作成）
（ 年 月 日：更新）
（ 年 月 日：更新）
（ 年 月 日：更新）

私は、救急情報シートや救急医療情報キットの中に入っている情報について、救急隊と搬送先の医療機関等が、救急医療等に活用することに同意します。

ふりがな 本人氏名	生年月日	性別	血液型
	明治 大正 昭和 年 月 日	男・女	型
住 所		電話番号	
		()	
		()	

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
名 称		
診療科・担当医		
所在地		
電話番号	()	()
治療中の病気		
服薬内容		

緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	住所
①		()	
		()	
②		()	
		()	
③		()	
		()	

救急隊員に伝えたいこと・その他

記入の仕方・注意事項

この救急情報シートや救急医療情報キットの中に入っている情報を、救急隊と搬送先の医療機関等が救急医療等に活用することに同意の上記入してください。

【ご本人の情報】

- 氏名：救急隊員に読み方が分かるよう「ふりがな」も記入してください。
生年月日：該当する年号を○で囲み、記入してください。
血液型：分からない場合には「不明」と記入してください。
住所：アパートやマンション名、部屋番号まで記入してください。

【かかりつけ医療機関】

- ・「かかりつけ医療機関」は2か所記入できます。あなたの身体状況等をよく把握している医療機関を優先して記入してください。
- ・「治療中の病気」がある場合には必ず記入してください。
- ・「服薬内容」は、薬剤情報提供書の写し・おくすり手帳の写し・薬袋などを容器の中に入れることで代えることもできます。

【緊急連絡先】

- ・「緊急連絡先」は、あなたの身体状況等をよく把握している方を優先して記入してください。家族以外でも構いませんので、あなたが最優先する緊急連絡先を「①欄」に記入してください。
- ・「電話番号」は日中と夜間につながる番号を記入してください。

【更新のお願い】

- ・救急医療情報に変更があったときは必ず内容を修正し、更新した日付を右上の欄に記入してください。
- ・ご本人が更新できない場合には、ご家族や支援してくれる方に内容の修正等を依頼してください。
- ・この用紙が必要な場合には、下記担当までご連絡ください。

【救急隊員に伝えたいこと・その他】

- ・救急隊員に注意して欲しいことなどを記載してください。（病院との取り決めごと・過去に治療した病気・ペースメーカーや人工透析等の特別な事項・副作用のある薬など）

【担当】鹿沼市役所保健福祉部高齢福祉課長寿推進係 電話：63-2288