

救急医療情報用紙

ふりがな		血液型	
本人氏名		()型、Rh() ・不明	
生年月日	(大・昭・平・令) 年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	茂原市	電話	

生活保護世帯である（該当する場合は□欄にチェック）

【医療情報】

かかりつけ医療機関			
かかっている病気			
アレルギーの有無	有 ・ 無	アレルギーの内容	

【緊急連絡先】

氏名		
続柄		
住所		
電話		

※診察券の写し、現在使用している薬が分かるもの、本人の写真をご用意ください。

【救急隊員への伝言・その他】

--

私は、上記の情報を、救急隊や医療機関等が緊急時に活用することに同意します。

記入方法

- 生年月日：該当する年号を○で囲み、ご記入ください。
- 血液型：分からない場合は「不明」を○で囲んでください。
※生活保護世帯である場合は、□欄にチェックをしてください。

【医療情報】

- かかりつけ医療機関：身体状況をよく把握している医療機関を優先してご記入ください。
- かかっている病気：生活に支障をきたしている病気からご記入ください。
- アレルギーの有無：薬や食べ物などある方はご記入ください。

【緊急連絡先】

- ・ご自身の状況を把握している方を優先してご記入ください。
- ・ご家族以外の方でも構いません。
- ・連絡先は日中と夜間それぞれつながる番号をご記入ください。

※記入した内容に変更があった時は、必ず内容を書き直してください。
(内容を直した際は、様式右上の作成日も訂正してください。)

この用紙の使い方

- ① 救急医療情報用紙を記入する。
- ② 診察券の写し、現在使用している薬が分かるもの、本人の写真を用意する。
- ③ ①と②をまとめてビニール袋などに入れ、冷蔵庫の扉に貼りつけておく。

