

## 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 |  |  |

※健康保険証・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 健康保険証の写し、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。

