

救急情報

(平成 年 月 日作成)
(平成 年 月 日変更)

氏名 <small>ふりがな</small>	生年月日	性別	血液型
	明・大 昭・平 年 月 日	男 女	型
電話番号 ()	住所		

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
名称		
科目及び担当医		
所在地		
電話番号	()	()

緊急連絡先氏名 <small>ふりがな</small>	続柄	電話番号	住所
		()	
		()	
		()	
		()	

服薬内容 (薬剤情報提供書の写しなど)	持病

その他 救急隊員への伝言など	
-------------------	--

指定居宅介護支援事業者	所在地
電話番号	
()	()

同意欄	容器の中に入っている救急情報を、救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。		
	本人氏名		印鑑又はサイン

※裏面に記入の仕方についての説明があります。

記入の仕方・注意事項

《ご本人情報について》

氏名：救急隊員等に読み方が分かるよう、ふりがなを記入してください。
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」と記入してください。
住所：マンション名、部屋番号まで必ずご記入ください。

《かかりつけ医療機関について》

かかりつけ医療機関名欄の連絡先は、正確に間違わないように記入して下さい。
医療機関名は、2箇所記入できますが、身体状況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。

《緊急連絡先について》

3人以上いる場合は、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。
緊急連絡先氏名：ご家族以外の方でもかまいません。
連絡先：日中と夜間つながる番号をご記入ください。

《服薬内容・持病について》

服薬内容については、薬剤情報提供書の写し・くすり手帳の写し・薬袋などを入れることで代えてください。

《指定居宅介護支援事業者について》

連絡先：ケアマネージャーに確認し電話番号も必ずご記入ください。

《その他欄について》（記入例）

- 特定の病院でしか対応できない特殊疾病がある場合についての、病院との取り決めごとなど
- 救急隊員に特に注意してほしいこと（搬送時など）
- 緊急連絡先についての補足事項（夜間に電話をかけられるのは誰か、など）
- その他緊急時に役立つと思われること

《同意欄について》

内容をよく読み、同意いただいた上で、必ずご自身で氏名を記入してください。
代筆の場合は、余白に代筆した方の氏名、ご関係もあわせて記入し、ご本人の印鑑を押印してください。

《医療機関へのお願い》

指定居宅介護支援事業欄は、退院等に伴うケアプランなどの変更等で、ご本人や親族が連絡できない場合にご活用をお願いします。

※緊急情報に変更があったときは、必ず内容を書き換えてください。
（変更した日付を右上の欄に記入してください。）