

## 救 急 情 報

本書の記入にあたっては、内容に変更があった場合に修正できるよう鉛筆で記入してください。

本人氏名 (同意欄)	容器の中に入っている救急情報を、浜中消防署の救急隊員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			代筆者名 / (本人との関係)				
生年月日	(明・大・昭・平)	年	月	日生	性別	男 女	血液型	
住所	浜中町			電話番号	( )		-	
健康保険証	保険者番号		記号		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		
電話番号	( ) -	( ) -

緊急連絡先氏名	続柄	電 話 番 号	住 所
①		( ) -	
②		( ) -	
③		( ) -	

持病・今までにかかった大きな病気 (あてはまるものに○をつけ、必要事項を記入しましょう)	
呼 吸 器 系	・気管支喘息 ・肺疾患 ・慢性閉塞性肺疾患 ・その他( )
循 環 器 系	・心不全 ・虚血性心疾患 ・高血圧 ・不整脈 ・その他( )
脳 神 経 系	・脳梗塞 ・くも膜下出血 ・脳出血 ・その他( )
消 化 器 系	・消化器疾患 ・肝硬変 ・その他( )
腎 泌 尿 器 系	・腎不全 / 透析(週 回 / 曜日) ・前立腺肥大 ・その他( )
内 分 泌 系	・糖尿病 / インスリン投与( 単位) ・その他( )
血 液	・出血性疾患 ・その他( )
精 神 科 系	・( )
産 婦 人 科 系	・( )
感 染 症	・B型肝炎 ・C型肝炎 ・結核 ・その他( )
アレルギ-	・なし ・あり( )
体 外 処 置	・ペースメーカー(有) ・シャント(右腕・左腕) ・ストーマ(有) ・在宅酸素( )
が ん	
そ の 他	

服 薬 内 容	薬局でもらう「薬剤情報」の写しを、キットの中に入れてください。
---------	---------------------------------

指定居宅介護支援事業者名		電話番号	( )	-
--------------	--	------	-----	---

※救急隊員や医療機関等への伝言などがあれば、裏面へ記入してください。

救急隊員や医療機関等への伝言など

(伝言内容については、記入によりその内容の実行を約束するものではありません。)