

救急医療情報シート

令和 年 月 日 時点

◎基本情報(氏名、住所等)をご記入ください。

フリガナ 氏名		住所	妙高市				
			(電話番号)				
生年 月日	大正・昭和 年 月 日 (歳 ※シート作成時点)	性別		血液型		介護 認定	
世帯 状況	※シート作成時点		手帳 所持	身体 / 療育 / 精神			

◎緊急連絡先についてご記入ください。

	フリガナ 氏名	続柄	住所	電話番号
①				
②				
③				

◎主治医の先生と連絡先をご記入ください。

主治医名	医療機関名	電話番号

私は、救急活動及び災害時の援護活動のため、記載する情報を用いることに同意します。

令和 年 月 日

(本人)

(代筆者)

氏名

(署名又は記名押印)

氏名

(署名又は記名押印)

裏面もご記入ください

◎ケアマネジャーや地域包括支援センターに担当職員がいればご記入ください。

事業所名	担当者名	電話番号

◎治療中のご病気があれば、病名と受診している医療機関についてご記入ください。

現在治療中のご病気がなければ病名欄に「なし」とご記入ください

病名	医療機関名・主治医名	電話番号
	医療機関名 主治医名	
	医療機関名 主治医名	
	医療機関名 主治医名	

飲んでいる薬について



薬の一覧表(例)



キットの中に
いれましょう。



◎備考(医師や救急隊に知っておいてほしいこと等を記入してください)



記入が終わったら、このシートをキット
の中に入れて冷蔵庫に保管しましょう。