

# 記入例

## 救急医療情報シート

令和〇〇年〇〇月〇〇日時点

◎基本情報(氏名、住所等)をご記入ください。

フリガナ 氏名	ミヨウコウ タロウ	住所	妙高市栄町5-1				
	妙高 太郎		(電話番号 0255-72-5111)				
生年月日	大正(昭和) 〇〇年〇月〇日 ( 〇〇 歳 ※シート作成時点)	性別	男	血液型	AB	介護認定	要介護 5
世帯状況	65歳以上単身世帯		手帳所持	身体 1級 / 療育 / 精神			

◎世帯の状況をご記入ください。  
(例) 65歳以上単身世帯、75歳以上高齢者のみ世帯 等

緊急時に連絡を必要とする人です。遠方の親族も含みます。

①	妙高 市郎	子	妙高市〇〇〇 〇〇番地	〇〇〇〇〇〇
②	ミヨウコウ ハナコ 妙高 花子	姉	新潟市〇〇〇 〇〇番地	〇〇〇〇〇〇
③	ミヨウコウ ジロウ 妙高 次郎	弟	上越市〇〇区 〇〇〇	〇〇〇〇〇〇

◎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
〇〇△△	□□病院内科	〇〇〇〇〇〇

普段受診している医療機関名及び主治医を記入してください。

申請者本人が自署した場合は、押印不要です。本人以外の方が記名した場合は、押印が必要です。

(本人)

(代筆者)

氏名 妙高 太郎 (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
△△△地域包括支援センター	〇〇□□	〇〇〇〇〇〇

◎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「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
糖尿病	医療機関名 □□病院内科 主治医名 〇〇△	〇〇〇〇〇〇
高血圧	医療機関名 △△△医院 主治医名 □□〇〇	
高脂血症	医療機関名 △△△医院 主治医名 □□△△	〇〇〇〇〇〇

普段受診している医療機関名及び主治医を記入してください。

飲んでいる薬について

お薬の説明書		2015年10月XX日
お名前 〇〇〇様		
 バイアスピリン錠100mg BA100 白錠 分けてあります。 1日 1回 朝食後 1回 1錠 【効能効果】 血液をサラサラにしくし、血液の流れをよくします。 【副作用】(主な初期症状) 胃痛、吐き気、嘔吐、血便、頭痛、口内炎、関節痛、水腫、出血しやすい、胃痛、吐き気、頭痛等に気が付いたら中止しすぐ受診。		
 アイロール錠20mg 122 白錠 分けてあります。 1日 2回 朝夕食後 1回 1錠 【効能効果】 喉の乾きを治します。 【副作用】(主な初期症状) 発熱、発疹、皮膚が赤くなる、気分不良、全身倦怠感等の症状に気が付いたら中止し受診。バイアスピリンとの併用は避けること(危険)。		
 プロナカシ錠10mg TG22 白色錠 分けてあります。 1日 1回 夕食後 1回 1錠 【効能効果】 胃十二指腸潰瘍、胃炎を改善するH2受容体拮抗薬です。 【副作用】(主な初期症状) 胃痛、発熱、咳、呼吸困難、しびれ、筋肉痛、全身倦怠感、内出血、虚汗、口内炎、めまい、動悸等の症状に気が付いたら中止しすぐ受診。		

薬の一覧表(例)

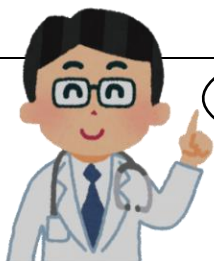


キットの中にいれましょう。



◎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)

・卵アレルギー
・右足が不自由
・耳が遠く話が聞き取りにくい など



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。