

救急医療情報シートの記入方法

救 急 医 療 情 報 シ ー ト

平成 年 月 日作成

本人	フリガナ	サクライ タロウ	性別	男・女	生年月日	明・大・ 昭 ・平 〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	桜井 太郎				
	住所	桜井市 〇〇 111-1			電話番号：0744-42-0000	
				血液型	A 型	RH (+・-)

緊急連絡先	氏名	続柄	住 所	電話番号	
	桜井 花子	長女	桜井市 〇〇 〇〇-〇	自宅	0744-**-****
				携帯	090-**-****
	桜井 次郎	弟	〇〇市 〇〇〇 〇-〇〇	自宅	**-****-**-****
携帯				080-**-****	
通院している医療機関			病名	備考（経過、内服薬など）	
〇〇〇診療所			高血圧	治療中 〇〇〇を服用している	
電話：0744-**-****					
〇〇〇病院〇〇医師			糖尿病	〇〇インシュリン治療 朝6単位、夕6単位	
電話：**-****					
〇〇〇病院			慢性心不全	治療中	
電話：**-****					
〇〇〇病院			気管支喘息	治療中	
電話：**-****					
特記事項	しびれ、目まい、ふらつきを起こしやすい。痛み止めの薬でじんましんが出たことがあります。そばアレルギーがあります。				
救急隊への伝言	家族は仕事があり、日中は不在です。緊急時は長女の携帯に連絡してください。				

障害者手帳 または 要介護認定（該当に○）	障害者手帳あり	要介護認定あり
	身体・知的・精神（ 級）	要〈支援・介護〉1・2・3・4・5
上記の詳細	ペースメーカーを入れています。	

同意欄	容器の中に入っている情報を、救急隊、搬送先の医療機関、民生・児童委員、行政関係者が救急医療に活用することに同意します。 本人氏名 桜井 太郎 印 （代筆者 桜井 花子）
-----	---

注意：救急時には、正しい情報が必要です。医療情報が変更した時には、書き換えましょう。