

■救急医療情報シートの記入例

第1号様式（第2条関係）

桜井市救急医療情報シート

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	大・昭・平・令
	氏名	桜井 太郎				〇〇年〇〇月〇〇日
	住所	桜井市 栗殿 432-1				電話番号：0744-42-9111
						血液型 〇型 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	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
				携帯	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	桜井 二郎	弟	〇〇市〇〇 〇〇-〇	自宅	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
携帯				〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
通院している医療機関			病名	備考（経過、内服薬など）	
〇〇〇〇診療所			高血圧	治療中	
電話：〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇				〇〇〇を服用している	
〇〇病院			糖尿病	〇〇インシュリン治療	
電話：〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇				朝6単位、夕6単位	
〇〇〇〇医院			慢性心不全	治療中	
電話：〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇					
〇〇クリニック			気管支喘息	治療中	
電話：〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇					
特記事項	しびれ、目まい、ふらつきを起こしやすいです 痛み止めの薬でじんましんがでたことがあります そばアレルギーがあります				
救急隊への伝言	家族は仕事のため、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	