

中原区

# 緊急医療情報シート

西暦 年 月 日 更新  
西暦 年 月 日 記入

※ 記入いただいた個人情報については、救急医療に関する活動以外の目的には使用いたしません。

ふりがな			電話	自宅				
氏名				携帯				
住所	〒							
生年月日	西暦	年	月	日	性別	男・女	介護度	
アレルギー	<input type="checkbox"/> ある		アレルギーがある場合					
	<input type="checkbox"/> ない							
	<input type="checkbox"/> わからない							

◆わかる範囲でできるだけ記入してください。

病歴・通院状況	病院名	電話番号	治療中または過去にかかった病気
服用薬	<input type="checkbox"/> 同封の薬剤情報のとおり※できればお薬手帳のコピーなど処方状況がわかるものを同封してください。		
	<input type="checkbox"/> 薬名( )		
関係機関	包括/居宅介護支援事業所/相談支援センター ( )		
	担当ケアマネ・相談員( ) 電話番号( )		
積極的な延命治療を希望する (はい ・ いいえ ・ わからない)			

◆緊急連絡先 ※必ず連絡がとれる電話番号を記入してください。

1人暮らし	<input type="checkbox"/>	同居家族あり	<input type="checkbox"/>	←どちらかに丸をつけてください。	
氏名			続柄	住所	〒
電話					
氏名			続柄	住所	〒
電話					

【重要】救急医療情報に変更があった場合は必ず修正してください。

下記の内容を消防・医療機関・行政関係者が救急医療に活用することに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_ 印

代筆 \_\_\_\_\_ (関係 \_\_\_\_\_)

※要本人確認(本人確認のために写真を同封すると良いです。)