**救　急　情　報**

（令和　　　年　　　月　　　日作成）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 生年月日 | 性別 | 血液型 |
|  | 明・大  昭・平　　　年　　　月　　　日 | 男　　女 | 型 |
| 自宅電話番号 | 住所 | | |
|  |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | かかりつけ医療機関① | | かかりつけ医療機関② | |
| 名称 |  | |  | |
| 診療科目及び担当医 |  | |  | |
| 所在地 |  | |  | |
| 電話番号 |  | |  | |
| 診察券番号 |  | |  | |
| 保険証の記号・番号 |  | 保険者名称 | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 緊急連絡先氏名 | 続柄 | 電話番号 | 住所 |
|  |  | （　　　） |  |
| （　　　） |
|  |  | （　　　） |  |
| （　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 既往歴（持病） | 服薬内容（薬剤情報提供書の写しなど） |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| その他  救急隊員への伝言 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 指定居宅介護支援事業者 | 所在地 |
|  |  |
| 電話番号 | （　　　　　） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 同意欄 | 容器の中に入っている救急情報を、救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。 | | | |
| 本人氏名 |  | 印鑑又はサイン |  |