

救急医療情報

フリガナ				性 別	男 ・ 女
氏 名					
生 年 月 日	大正・昭和・平成	年	月	日	平常時血圧
				/	mmHg
血 液 型	A ・ B ・ O ・ AB : RH+ ・ RH-		世 帯 の 状 況 (自分を含め)		人暮らし
住 所	〒 ー 太地町大字				
電 話 番 号	自宅電話	0735ー	ー	携 帯 電 話	ー ー

	病院名	所在地・連絡先	治療中または過去にかかった病気
病 歴 ・ 通 院 状 況		☎	
		☎	
		☎	

医 療 保 険	健保 ・ 国保 ・ 後期 ・ その他() 保険証No.		
障 害 名	身体障害(障害の部位:) ・ 知的障害 ・ 精神障害 ・ その他()		
いつも飲んで い る 薬	※薬剤情報のコピーがあれば薬名の記入は不要です。		
使 っ て は い け ない 薬		ア レ ル ギ ー	☐ ある () ☐ ない ☐ わからない
糖 尿 病	インスリンの有無	インスリンの種類	単位数
	あり ・ なし		朝 昼 タ 寝る前

介護保険サービスを利用している場合	・利用している事業所名() ・担当ケアマネージャー() 電話番号()
-------------------	--

■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。

氏 名	続 柄	電 話 番 号	住 所

同 意 欄	私の緊急情報を救急隊と医療機関が救急医療に活用することを同意します。				
	氏名	印	令和	年	月 日 記