

救急医療情報記録用紙

年 月 日 作成
年 月 日 変更

救急情報

ふりがな			血液型					
本人氏名			型 Rh () ・ 不明					
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	性別	男	・	女
住所			電話					

医療情報

かかりつけ病院	①	②
科目・担当医		
かかっている病気		
服薬内容	当てはまるものを○で囲んでください。()に薬名を記入してください。 ・心臓病の薬 () ・糖尿病の薬 () ・高血圧の薬 () ・腎臓病の薬 () ・アレルギーの薬 () ・その他 ()	
特記事項 (アレルギーなど)	無 ・ 有 ()	

緊急連絡先

氏名	①	②
続柄		
住所		
電話	(日中)	(日中)
	(夜間)	(夜間)

支援事業者	
担当者	
電話	

救急隊員への伝言・その他

--

容器内の情報は、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 _____ (代筆者氏名 _____ 続柄 _____)

※ 記入方法は裏面をご覧ください。

記入の仕方および注意事項

〈本人情報について〉

- ・ 生年月日…該当する年号を○で囲み、ご記入ください。
- ・ 血液型…血液型がわからない場合は「不明」を○で囲んでください。

〈医療情報について〉

- ・ かかりつけ病院名は2カ所記入できますが、身体状況をよく把握している医療機関を優先してご記入ください。
- ・ かかっている病気、服薬内容…薬剤情報提供書の写し、お薬手帳の写し、薬袋などを入れることでも代用できます。
- ・ 特記事項…特定の病院でしか対応できない特殊な疾病がある場合など、病院との決めごとをご記入ください。

〈緊急連絡先について〉

- ・ 3人以上いる場合は、本人の状況を把握している方を優先してご記入ください。
- ・ 緊急連絡先氏名…家族以外の方でも構いません。
- ・ 支援事業者…ケアマネジャーに確認し、電話番号と担当者もご記入ください。

〈救急隊員への伝言・その他欄について〉

- ・ 救急隊員に注意してほしいこと（搬送時など）
- ・ 緊急連絡先について補足事項（夜間電話をかけられるのは誰かなど）
- ・ その他緊急時に役立つと思われること

〈同意欄について〉

内容をよく読み、同意いただいた上で、ご自身の氏名をご記入ください。
代筆された場合には代筆者氏名及び本人との関係もご記入ください。

- ※ 救急情報に変更があったときには、必ず内容を書き換えてください。
（変更した日付を右上の欄に記入してください。）

問い合わせ先

〒035-8686 むつ市中央一丁目8番1号
むつ市役所福祉部高齢者福祉課
電話0175-22-1111（内線2566）