

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) 年 月 日	性別	男	女
住 所	豊岡市	電話		

医療情報

かかりつけ病院	①	②
科目・担当医		
住 所		
電 話		
持病等		
服薬内容		
特記事項 (アレルギーなど)		

緊急連絡先

氏 名	①	②
続 柄		
住 所		
電 話	(日中) (夜間)	(日中) (夜間)

支援事業所			
住 所			
電 話		担当者	

○救急隊への伝言・その他

(透析の有・無)

--

記入の仕方、注意事項

《ご本人情報について》

生年月日：該当する年号を○で囲み、ご記入ください。

血液型：お調べになったことがない等、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》

かかりつけ医療機関名欄の連絡先は、正確に間違えないよう記入してください。

医療機関名は、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。

○持病・服薬内容

わかる範囲で記入してください。(薬剤情報提供書の写し・くすり手帳の写し・薬袋などを入れることも可能です。)

○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記入してください。

《緊急連絡先について》

ご自身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：ご家族以外の方でも構いません。

連絡先：日中と夜間の連絡電話番号を記入してください。

支援事業所：ケアマネージャーに確認し、電話番号と担当者も必ずご記入ください。

《救急隊への伝言・その他欄について》

透析の有・無には、該当する方を○で囲んでください。

(記入例)

- ・救急隊員に注意して欲しいこと(搬送時など)
- ・緊急連絡先について補足事項(夜間に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 等を記入してください。

※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。)

◎医療機関へのお願い

支援事業所欄は、退院等にとまなうケアプランなどの変更等で、ご本人や親族が連絡できない場合にご活用をお願いします。