救 急 医 療 情 報

（　　年　　月　　日 作成）
（　　年　　月　　日 変更）

◆本人に関する基本情報

ふりがな		性別	血液型	生年月日	年　月　日（　歳）
氏 名		男・女	（＋・－）		
住 所	国分寺市		（電話）	要介護	

◆緊急時の連絡先

	氏 名	続柄	電話番号	住 所
①				
②				
③				

◆現在、治療中の病気・受診している医療機関等

	医療機関名・〇〇科	電話番号	診察券番号	病 名
①				
②				

現在服薬中の薬	既 往 歴

アレルギー	なし・あり（

◆その他（救急隊員の人や医師に知っておいてもらいたいこと）

（認知症の有無・体の不自由な部分など）

◆本人の確認署名欄

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、救急活動に活用することに同意します。			
	本 人 氏 名		印鑑又はサイン	

※注　濃く、はっきり書きます。また、情報やお薬は、いつも新しいものにしておいてください。

記入の仕方・注意事項

【 ご本人確認情報について 】

氏　　名 ： 救急隊員等に読み方が分かるよう、ふりがなをを記入してください。
住　　所 ： 建物名、部屋番号まで必ずご記入ください。
性別、生年月日は、該当するものを〇でかこみ、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、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。
連絡先は、日中と夜間つながる番号をご記入ください。

【 医療機関について 】

受診している医療機関名・連絡先は、正確に間違わないように記入してください。
医療機関名は、身体状況をよく把握している医療機関を優先して記入してください。

【 服薬内容・既往歴について 】

服薬内容については、薬剤情報提供書やおくすり手帳のコピーなども入れてください。

【 その他欄について 】

●特定の病院でしか対応できない特殊疾病がある場合についての取り決めごと
●救急隊員に特に注意してほしいこと（搬送時など）
●緊急連絡先についての補足事項
その他緊急時に役立つと思われることをご記入ください。

【 同意欄について 】

内容をよく読み、同意いただいた上で、必ずご自身でご記入ください。
代筆の場合は、余白に代筆した方の氏名、ご関係も合わせて記入し、ご本人の印鑑を押印してください。

※ 緊急情報に変更があったときは、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）