救

**救急医療情報シート**

　この救急医療情報シートに記載された情報が、救急隊及び搬送先の医療機関に活用されることに同意します。

**【あなたとご家族などの情報】**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏　　　名（ふりがな）** | | | **性別** | | **血液型** |
| （　　　　　　　　　　） | | | 男　・　女 | | 型 |
| **生年月日** | **電話番号** | | | | |
| 年　　　月　　　日 |  | | | | |
| **住　　　　　所** | | | | | |
|  | | | | | |
| **同居のご家族などの連絡先** | | | | | |
| **氏　　名（ふりがな）** | | **続　柄** | | **電話番号** | |
| （　　　　　　　　　） | |  | |  | |
| （　　　　　　　　　） | |  | |  | |
| （　　　　　　　　　） | |  | |  | |
| （　　　　　　　　　） | |  | |  | |
| （　　　　　　　　　） | |  | |  | |

**【緊急連絡先】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏　　　名** | **続柄** | **住　　所** | **電話番号** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**【指定居宅介護支援事業者】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **事業者の名称** | **事業所の所在地** | **電話番号** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**裏面もご覧ください**

**【かかりつけの医療機関、歯科医院に関する情報】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **医療機関の名称** | **受診券番号** | **診療科目・担当医** | **所在地** | **電話番号** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**【持病に関する情報】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※**あてはまるものに○をつけてください。選択肢にないものは「その他」にお書きください。** | | | | |
| がん（　　　　　　） | 脳卒中 | 心臓病 | 糖尿病 | 緑内障 |
| 神経痛 | 高血圧 | 腎臓病 | 肝臓病 | 気管支喘息 |
| 人工透析 | ペースメーカーの使用 | | その他（　　　　　　　　　　　　） | |

**【かかりつけ薬局に関する情報】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **薬局の名称** | **薬局の所在地** | **電話番号** |
|  |  |  |
|  |  |  |

【**お薬に関する情報】**

|  |
| --- |
| **現在、服用しているお薬について、「お薬手帳」や「薬局で発行する説明書（薬剤情報提供書）」の原本か、**  **写しをキットの中に入れてください。** |
| 【お薬手帳などがない場合は、お薬の名称をお書きください。】 |

**【アレルギーに関する情報】**

|  |
| --- |
| * **食物・お薬などのアレルギーがある場合には、該当するものをお書きください。** |
|  |

**救急医療情報キットに関する問い合わせ先**

|  |
| --- |
| 大和市 健康福祉部 医療健診課  〒242-8601　大和市鶴間１－３１－７保健福祉センター4F  電話：０４６－２６０－５６６１　　FAX：０４６－２６０－１１５６ |

記入日：　　　年　　　月　　　日

**※定期的な情報の確認・更新をお願いします。**