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)		小	生別	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
					<u></u>

【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】

受診券番号	診療科目・担当医	所在地	電話番号
			受診券番号 診療科目・担当医 所在地 所在地

【持病に関する情報】

※あてはまるもの	つに○をつ	けてください。	選択肢にないものは	「その他」にお書き	そください。	
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	一の使用	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】

Ж	食物・	お薬などのア	'レルギーがあ	る場合には、	該当するもσ	つをお書き	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 健幸・スポーツ部 医療健康課

〒242-860 | 大和市鶴間 | -3 | -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。**