

救急情報

(平成 年 月 日作成)
(平成 年 月 日変更)

氏名		性別	男 女
生年月日	明・大・昭 年 月 日	血液型	型
住所		電話番号	()

	かかりつけ医療機関 ①	かかりつけ医療機関 ②
名称		
科目及び 担当医		
所在地		
電話番号		

緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	住所
(1)			
(2)			

服薬内容(くすり手帳の写しなど)	
持病	

その他 救急隊員への伝言など	
-------------------	--

居宅介護支援事業者	
所在地	
電話番号	

同意欄	容器の中に入っている医療情報を、伊達消防署の救急隊と搬送先の医療機関に活用することに同意します。
	本人氏名

※裏面に記入の仕方について説明があります。

記入の仕方、注意事項

《救急医療情報キットに入れるもの》

- ① 救急情報・・・緊急連絡先、かかりつけ医、緊急時の対応方法など記載
- ② 写真(本人確認できるもの)
- ③ 健康保険証の写し
- ④ 診察券の写し
- ⑤ 薬剤情報提供書の写し又はお薬手帳の写し

《ご本人の情報について》

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」とご記入ください。

住所 :アパート・マンション名、部屋番号まで必ずご記入ください。

《かかりつけ医療機関について》

かかりつけ医療機関名欄の連絡先は、正確に間違いのないよう記入してください。

医療機関名は、2箇所記入できますが、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。

《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。

緊急連絡先:ご家族以外の方でも構いません。

連絡先:日中と夜間つながる番号をご記入ください。

《服薬内容・持病について》

服薬内容については、くすり手帳の写し等を入れることで代えてください。

《居宅介護支援事業者について》

連絡先:ケアマネージャーに確認し電話番号も必ずご記入ください。

《その他欄について》(記入例)

- ・特定の病院でしか対応できない疾病がある場合についての病院との取り決めごと
- ・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

《同意欄について》

内容をよく読み、同意いただいた上で、必ずご自身で苗字とお名前すべてをご記入ください。

代筆の場合は、余白に代筆する方の氏名、ご関係も併せて記入し、ご本人の印鑑を押印してください。

《医療機関へのお願い》

居宅介護支援事業者欄は、退院等にも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。

※ 救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。)

※ 更新用紙が必要な方は、市高齢福祉課高齢者福祉係(TEL 23-3331 内線302・303)までご連絡ください。