

救急医療情報シート

令和 年 月 日 作成
令和 年 月 日 変更

フリガナ		性別	生年月日			血液型
氏名		男・女	明治 大正 昭和	年 月 日		型 【RH】+・-
住所	豊見城市			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			電話		
服用内容	①		現病	①		
	②			②		
既往歴 <small>(これまでにかかった病気)</small>			手術歴	無・有【 】		
歩行	自立・杖・車椅子・寝たきり		意思疎通	可・不可・手話・難聴 その他 ()		
麻痺 <small>まひ</small>	無・有【部位： 】		アレルギー	無・有【 】		
認知症	無・有【重・中・軽】	ペースメーカー	無・有	透析	無・有	
緊急連絡先氏名		続柄	電話番号	住所		
①						
②						
指定居宅介護支援事業所		電話番号		住所		
民生委員氏名		電話番号		住所		
その他						
同意欄	容器の中に入っている緊急情報を、救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。					
	本人氏名			代筆者氏名		

※上記内容を記入の上、申請窓口へ提出ください。