

(表)
救急医療情報カード

(年 月 日作成)

(年 月 日修正)

1 対象者

氏名(ふりがな)	生年月日	性別	血液型
	年 月 日	男 ・ 女	型 不明
電話番号	住所		職業
	神川町		

2 かかりつけ医療機関等

	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		
電話番号		
治療中の病名		

服薬内容(薬剤情報提供書の写しなど)

3 緊急時の連絡先

緊急連絡先氏名(ふりがな)	続柄	電話番号	住所
①			
②			
③			

※ 緊急連絡先① は必ず連絡のつく方、病院に駆けつけられる方、親族の方が望ましいです。
(裏面もあります)

(裏)

4 居宅介護支援事業者

介護 保険 の 利用	なし	事業所名	担当者名	電話番号
	あり			

5 その他

その他 (救急隊員など への伝言等)	アレルギーなど
--------------------------	---------

同意欄	私は、容器の中の情報を、救急時に救急隊及び搬送先の医療機関等が活用することに同意します。	
	本人氏名	