

救急医療情報

(令和 年 月 日作成)

(令和 年 月 日変更)

ご本人情報

名前を正しく読めるように、ふりがなは必ず記入してください。

ふりがな 氏名	生年月日	性別	血液型
くにたち たろう 国立 太郎	明・大 年 月 日 昭・平	男・女	A型Rh()・不明
電話番号	住所		
042(576)〇〇〇〇	国立市 富士見台2-47-1		

住所は、マンション名、部屋番号まで必ずご記入下さい。

緊急連絡先情報

電話番号は、日中、夜間つながる番号をご記入ください。

ふりがな 緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	住所
〇〇 〇〇	弟	()	
		()	
		()	
		()	

かかりつけ医療機関・服薬内容等

医療機関名・診療科	電話番号	日頃のんでいるお薬の内容
〇〇病院 〇〇科	()	
	()	

書ききれない場合は、薬剤情報提供書(写)、お薬手帳(写)を容器に入れてください。

その他救急隊員への 伝言など

特定の病院でしか対応できない疾病があるなど、特別な対応が必要な場合、ご記入ください。

同意欄	容器の中に入っている救急情報を、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	国立 太郎	印鑑 又は サイン

国立