

救 急 情 報

ふりがな		血 液 型		
本人氏名		型 R h () ・ 不明		
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日	性別	男	女
住 所		電話		

医 療 情 報

かかりつけ病院	①	②
科目・担当医		
住 所		
電 話		
かかっている病気		
過去にかかった病気		
服薬内容		
特記事項 (アレルギーなど)		

緊 急 連 絡 先

氏 名	①	②
続 柄		
住 所		
電 話	(日中) (夜間)	(日中) (夜間)

担当ケアマネージャー		
担 当 者		
住 所		電話

救急隊員へ伝えたいこと・介護度・その他

上記の情報を、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 _____ サイン _____