

年 月 日 作成

年 月 日 変更

救急医療情報用紙

ふりがな 氏名	生年月日	性別	血液型
	明大昭平 年 月 日	男・女	()型・不明
住所		電話番号	
藤井寺市		()	

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

いつも飲んでいるお薬	持病

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

緊急連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号
①				()
				()
②				()
				()

※介護サービスを利用している場合は、ケアマネジャー・利用している事業所名などを記入してください。

ケアマネジャー・事業所名	所在地	電話番号

これら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。

本人署名

※救急医療情報キット内の情報は随時更新し、常に最新の情報にしておきましょう。