

# 救急医療情報用紙

※ キットに保管		作成日			年	月	日
フリガナ		住所					
氏名		あきる野市					
電話番号		生年月日			性別		
自宅:		年			月	日	男・女
携帯:							

以下の医療情報が分かるものを、キットに入れておきましょう(入れたらチェック)。  
また、キットに入れたものを定期的に更新しましょう。  
健康保険証コピー    診察券コピー    薬剤情報提供書、お薬手帳コピー  
写真(本人が確認できるもの)    その他( )

## 1. 医療情報

	かかりつけ医療機関	科目・担当医	所在地・電話番号
①			
②			
診断名・既往歴・アレルギー等			

## 2. 緊急連絡先

	氏名	続柄	電話番号	住所
①	フリガナ			
②	フリガナ			

## 3. 指定居宅介護支援事業所(ケアマネジャー等)

	名称	電話番号	所在地
①			
②			

## 4. 救急隊への伝言など

--

同意書

私は、緊急時にはこの救急医療情報用紙に記入した情報について、関係機関等に提供することに同意します。

日付 年 月 日 氏名

※自筆による署名又は記名押印のいずれかを記載してください。