

# 救急医療情報

年 月 日作成  
年 月 日更新  
年 月 日更新

※私の救急医療情報を、消防救急隊と搬送先医療機関が、救急医療に活用することに同意します。

本人氏名

生年月日 (大・昭・平) 年 月 日生

性別 男 ・ 女 血液型

電話番号 携帯電話

住所

かかりつけ医療機関 診察 ID (診察券番号)

医療機関名 /担当医 /電話番号

利用している介護事業

介護事業所名 /電話番号

救急連絡先 (身内や友人など)

お名前 電話 携帯電話 間柄

お名前 電話 携帯電話 間柄

持病・今までの大きな病気 (あてはまるものに○をつけ、必要事項を記入しましょう)

◆呼吸器系/ ・気管支喘息 ・慢性閉そく性肺疾患 ・そのほか ( )

◆循環器系/ ・心不全 ・虚血性心疾患 ・高血圧 ・高脂血症 ・不整脈 ・そのほか ( )

◆脳神経系/ ・脳梗塞 ・くも膜下出血 ・脳出血 ・そのほか ( )

◆消化器系/ ・消化器疾患 ・肝疾患 ・そのほか ( )

◆腎泌尿器科/ ・腎不全 ・透析 ・そのほか ( )

◆内分泌系/ ・糖尿病 ・インスリン使用の有無 有 ・ 無 ・そのほか ( )

◆血液/ ・出血性疾患 ・そのほか ( )

◆精神科系/ ・ ( )

◆産婦人科系/ ・ ( )

◆感染症/ ・B型肝炎 ・C型肝炎 ・結核 ・そのほか ( )

◆アレルギー/ ・なし ・あり ( )

◆薬剤服用/ ・有 (ワーファリン ・ アスピリン ・ ステロイド) ・無

その他

服薬内容など、薬局でもらう「薬局情報」や「お薬手帳」の写しを入れてください。

また、「リビングウィル」または「蘇生術を拒否する意思表示」があれば入れてください。

お薬手帳の写しがない場合は、下記にお薬手帳のありかをご記入ください。

「 」