

きゅうきゅう いりょうじょうほう しーと
救急医療情報シート

この救急医療情報シートに記載された情報が、救急隊及び搬送先の医療機関に活用されることに同意します。

【あなたとご家族などの情報】

氏名 (ふりがな)		性別	血液型
Ⓜ ()		おとこ 男 ・ おんな 女	かた 型
生年月日		電話番号	
明・大・昭・平	おん 年 がつ 月 にち 日		
住 所			
同居のご家族などの連絡先			
氏名 (ふりがな)	続柄	電話番号	
()			
()			
()			
()			
()			

きんきゅうれんらくさき
【緊急連絡先】

氏名	続柄	住 所	電話番号

していきたくかいご しえんじぎょうしゃ
【指定居宅介護支援事業者】

事業者の名称	事業所の所在地	電話番号

うらめん らん
裏面もご覧ください

【かかりつけの医療機関、歯科医院に関する情報】

医療機関の名称	受診券番号	診療科目・担当医	所在地	電話番号

【持病に関する情報】

※あてはまるものに○をつけてください。選択肢にないものは「その他」にお書きください。

がん（ ）	脳卒中	心臓病	糖尿病	緑内障
神経痛	高血圧	腎臓病	肝臓病	気管支喘息
人工透析	ペースメーカーの使用		その他（ ）	

【かかりつけ薬局に関する情報】

薬局の名称	薬局の所在地	電話番号

【お薬に関する情報】

現在、服用しているお薬について、「お薬手帳」や「薬局で発行する説明書（薬剤情報提供書）」の原本か、写しをキットの中に入れてください。

【お薬手帳などが無い場合は、お薬の名称をお書きください。】

【アレルギーに関する情報】

※食物・お薬などのアレルギーがある場合には、該当するものをお書きください。

救急医療情報キットに関する問い合わせ先

大和市役所 健康福祉大和市役部 健康づくり推進課

242-8601 大和市鶴間1-3 1-7 保健福祉センター内

電話：046-260-5661 FAX：046-260-1156