

救急情報

(平成 年 月 日作成)
(平成 年 月 日変更)

ふりがな 氏名	生年月日	性別	血液型
	明・大 昭 年 月 日	男 女	型 不明
電話番号	住所		

医療情報

かかりつけ病院 名称	①	②
科目及び担当医		
所在地		
電話番号		
服薬内容(薬剤情報 提供書の写しなど)		
特記事項(持病など)		

緊急連絡先

緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	住所
		(日中)	
		(夜間)	
		(日中)	
		(夜間)	

支援事業者	
担当者	
電話番号	

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

同意欄	容器の中に入っている救急情報を、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 () 印鑑又はサイン ()
	私(本人)が、意識不明又は意思の疎通ができない状況において、緊急やむを得ず医療行為(手術等)の必要性が認められる場合は、家族等がいる場合はその同意を持って、家族等がいない場合は、担当医師の医療判断によって、手術等の医療行為を行うことにあらかじめ同意します。 本人署名 () 印鑑 ()