

救急医療情報

(平成〇〇年〇〇月〇〇日作成)

(平成△△年△△月△△日変更)

情報の更新は6ヶ月をめぐりに変更
薬剤情報等はその都度追加情報をキ
ットにいれる

ふりがな 氏名	性別	血液型
かのや たろう 鹿屋 太郎	男 女	型 不明
電話番号 (0994) □□-□□□□	住所 鹿屋市 △△町△△-△△	

定期的にかかっている
医療機関名を記入

医療情報

特にかかりつけ医がない場合は、
「かかりつけ医なし」と記入

かかりつけ病院 名 称	① ○○病院	② ○○病院
科目及び担当医	○○科・○○先生	○○科・○○先生
所在地	○○市○○町○○-○○	○○市○○町○○-○○
電話番号	(0994) □□-□□□□	(0994) □□-□□□□
服薬内容(薬剤情報 提供書の写しなど)	薬の情報がわかる別紙があれば「別紙あり」と記入。ない場合は記入。	
特記事項(持病など)	治療中の病気や、過去の病気など	

緊急連絡先

必ず連絡の取れる電話
番号を記入する

緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	住所
かのや はなこ 鹿屋 花子	長女	(日中) 0994-00-0000 (夜間) 090-0000-0000	○○市○○町○○-○○
かのや さぶろう 鹿屋 三郎	三男	(日中) 0000-00-0000 (夜間) 080-0000-0000	△△市△△町△△-△△

支援事業者	△△居宅支援事業所
担当者	○○ケアマネジャー
電話番号	(0994) 〇〇-〇〇〇〇

介護認定を受けていない方や介護サー
ビスを利用していない方は「認定なし」又は
「介護保険利用なし」と記入

その他 救急隊員への伝言など	(例) 腰痛があり、一人で起き上がれない
-------------------	----------------------

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 救急医	代筆の場合は余白に代筆者氏名と 本人との関係を記入
	本人氏名 (鹿屋 太郎) 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 (鹿屋 太郎) 印鑑 ()	

※記入方法については、裏面をご覧ください。

※医療機関へのお願い

使用後は必ずご本人に救急医療情報キット(救急情報用紙含む)をお返しく下さい