

救急情報

ふりがな		血液型		
本人氏名		A・B・O・AB型 Rh (+・-・)・不明		
生年月日	(明・大・昭・平) 年月日	性別	男	女
住所	平戸市	電話		

医療情報

かかりつけ病院等	①	②
科目・担当医		
電話		
かかっている病気		
服薬内容		
特記事項 (アレルギーなど)		

緊急連絡先

氏名	①	②
続柄		
住所		
電話	(日中) (夜間)	(日中) (夜間)

支援事業所		
担当者		
住所		電話

救急隊への伝言・その他

容器内の情報は、救急隊と輸送先の医療機関が、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

※ 記入方法は裏面をご参照ください。

記入方法、注意事項

《救急情報について》

生年月日：年については西暦、または該当する年号を○で囲み、記入してください。
血液型：お調べになったことがない等、わからない場合は「不明」を○で囲んでください。

《医療情報について》

かかりつけ医療機関名欄の連絡先は、正確に間違えのないよう記入してください。
医療機関名は、2カ所記入できますが、身体情報をよく把握している医療機関を優先して記入してください。

持病・服薬内容：薬剤情報提供書の写し・くすり手帳の写し・薬袋などを入れることで代えてください。

特記事項：特定の病院でしか対応できない特殊な疾病がある場合など、病院との決めごとなどがあれば記入してください。

《緊急連絡先について》

3人以上いる場合は、ご自身の状況を把握している方を優先して記入してください。

緊急連絡先 氏名：ご家族以外の方でも構いません。

特に単身世帯の方は、ご近所の方(親類・友人・民生委員など)を、必ず1人は記入してください。

連絡先：日中と夜間の連絡電話番号を記入してください。

支援 事業所：ケアマネージャーに確認し、電話番号と担当者も必ず記入してください。

《その他欄について》（記入例）

- ・救急隊員に注意して欲しいこと（搬送時など）
- ・緊急連絡先について補足事項（夜間に電話をかけられるのは誰か、など）
- ・その他緊急時に役立つと思われること

《同意欄について》

内容をよく読み、同意いただいた上で、必ずご自身で氏名すべてを記入してください。ご本人の印鑑を押印してください。印鑑をお持ちでない方はサインをお願いします。

《医療機関へのお願い》

支援事業所欄は、退院等にともなうケアプランなどの変更等で、ご本人や親族が連絡できない場合にご活用をお願いします。

※記載 情報に変更があったときには、必ず内容を書き換えてください。
(変更した日付を右上の欄に記入してください。)

お問い合わせ 連絡先：〒859-4807 平戸市田平町里免90番地
平戸市保健センター
TEL:0950-57-0977 FAX:0950-57-0988
メール hokense@city.hirado.lg.jp