

この用紙は、保管容器に入れ冷蔵庫に保管してください。

この用紙は、緊急時に救急隊員が確認するためのものですので、記入例を参考に出来るだけ詳しく記入してください。保管容器には、この用紙の他に本人確認のための写真、健康保険証(写)、薬剤情報提供書(写)等、緊急時に役立つものを入れておいてください。

個人情報を記載しますので、取扱いには十分注意してください。

平成 年 月 日作成

## 救急情報シート

住所	大淀町大字	電話番号	(自宅)
----	-------	------	------

世帯員	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏名					
	血液型	A・B・O・AB 型 (RH+・-)		電話番号	(携帯)	
	障害の有無	有 (内容及び留意事項: )・無				
	かかりつけ医療機関		診療科・担当医			
	所在地		電話番号			
	主な病名		服薬内容			
	特記事項		アレルギー	あり( )・なし		
	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏名					
	血液型	A・B・O・AB 型 (RH+・-)		電話番号	(携帯)	
	障害の有無	有 (内容及び留意事項: )・無				
	かかりつけ医療機関		診療科・担当医			
	所在地		電話番号			
	主な病名		服薬内容			
	特記事項		アレルギー	あり( )・なし		
	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏名					
	血液型	A・B・O・AB 型 (RH+・-)		電話番号	(携帯)	
	障害の有無	有 (内容及び留意事項: )・無				
	かかりつけ医療機関		診療科・担当医			
	所在地		電話番号			
	主な病名		服薬内容			
	特記事項		アレルギー	あり( )・なし		

かかりつけ医療機関の記載があっても、他の病院に搬送される場合があります。

世帯員が3名を超える場合は、裏面をご利用ください。

緊急連絡先	1人目		2人目	
	氏名		氏名	
	続柄		続柄	
	住所		住所	
	勤務先	(名称)	勤務先	(名称)
		(住所)		(住所)
		(電話)		(電話)
電話番号	(自宅)	電話番号	(自宅)	
	(携帯)		(携帯)	

世帯員	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏名					
	血液型	A・B・O・AB 型 (RH+・-)	電話番号	(携帯)		
	障害の有無	有 (内容及び留意事項: )・無				
	かかりつけ医療機関		診療科・担当医			
	所在地		電話番号			
	主な病名		服薬内容			
	特記事項		アレルギー	あり( )・なし		
	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏名					
	血液型	A・B・O・AB 型 (RH+・-)	電話番号	(携帯)		
	障害の有無	有 (内容及び留意事項: )・無				
	かかりつけ医療機関		診療科・担当医			
	所在地		電話番号			
主な病名		服薬内容				
特記事項		アレルギー	あり( )・なし			

かかりつけ医療機関の記載があっても、他の病院に搬送される場合があります。

世帯員が5名を超える場合は、この用紙をコピーしてご利用ください。

## 記入例

住所	大淀町大字桧垣本2090番地	電話番号	(自宅) 0747-52-5501
----	----------------	------	-------------------

世帯員	フリガナ	オオト マチタロウ	性別	男・女	生年月日	大正 10 年 2 月 10 日
	氏名	大淀 町太郎				
	血液型	A・B・O・AB 型 (RH+・-)	電話番号	(携帯) 090-XXXX-XXXX		
	障害の有無	有 (内容及び留意事項: 聴覚障害 補聴器を使用 )・無				
	かかりつけ医療機関	町立大淀病院	診療科・担当医	整形外科・吉野医師		
	所在地	大淀町下淵353番地の1	電話番号	0747-52-8801		
	主な病名	腰痛	服薬内容	鎮痛剤を使用		
	特記事項	一人で起き上がることが困難	アレルギー	あり(牛乳・卵)・なし		

}

緊急連絡先	1 人 目		2 人 目	
	氏名	大淀 町次郎	氏名	中吉野 花子
	続柄	長男	続柄	妹
	住所	大淀町大字下淵 番地	住所	大淀町大字北野 番地
	勤務先	(名称) (株) 商事	勤務先	(名称) 無職
		(住所) 大淀町桧垣本 番地		(住所)
電話番号	(電話) 0747-52-XXXX	電話番号	(電話)	
	(自宅) 0747-53-XXXX		(自宅) 0746-32-XXXX	
	(携帯) 090-XXXX-XXXX		(携帯) 080-XXXX-XXXX	