

# ★救急医療情報シート★

作成： 年 月 日

変更： 年 月 日

(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	血液型
	明・大 昭・平 年 月 日	男・女	型 (RH )
電話番号	住所		
	高萩市		

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
名称（病院名）		
科目及び担当医		
所在地		
電話番号		

※居宅介護支援事業を利用している場合は名称欄・所在地・電話番号欄を記入。

緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	住所
①			
②			

服薬内容（薬剤情報提供書の写しなど）	持病（病名）

その他 救急隊員への伝言 特記事項など	
---------------------------	--

同意欄	※封筒に入っている救急医療情報を、高萩市消防署救急隊等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

※裏面に記入の仕方についての説明があります。