

救急医療情報用紙

記入日 令和 年 月 日
変更日 令和 年 月 日

容器の中の情報を、救急時等に救急隊・医療機関等が活用することに同意します。

ふりがな		生 年 月 日	性 別
氏 名		年 月 日	男 ・ 女
住 所	真岡市		
電話番号		携帯電話	

◇ 医療情報等

区 分	か かり つ け 医 療 機 関	利 用 し て い る 薬 局	
名 称			
科目・担当医		担当薬剤師	
所 在 地			
電話番号			
いつも飲んで いる薬	心臓の薬 ・ 血圧の薬 ・ 糖の薬 ・ 腎臓の薬 ・ 喘息の薬 ・ 胃腸の薬 その他（ ） ※ 最新の薬剤情報提供書（薬をもらうときに一緒に渡される薬の説明書）を 容器に入れてください。（または、お薬手帳の写しを容器に入れてください。）		
治療中の病気 やケガ	名前や部位：	過去の大きな病気 やケガ	_____歳くらいのとき 名前や部位：
アレルギーの 有無	※ 食べ物や薬でかゆくなったり蕁麻疹（じんましん）が出たことはありますか。 なし ・ わからない ・ あり（種類：_____）		
担当の ケアマネー ジャー	事業所名		電話番号
	氏 名		
その他（医師 や救急隊への 伝言など）			

◇ 緊急連絡先

ふりがな		続柄	電話番号	
氏 名			携帯電話	
住 所				
ふりがな		続柄	電話番号	
氏 名			携帯電話	
住 所				