

記入例

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	も お か た ろ う	生 年 月 日	性 別
氏 名	真 岡 太 郎	明治 大正 昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	男・女
住 所	真岡市 荒町 〇〇〇〇 番地 〇〇アパート 1号室		
電話番号	0285-80-0000	携帯電話	090-0000-0000

◇ 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	〇〇〇〇内科医院		〇〇〇調剤薬局	
科目・担当医	内科・〇〇〇〇先生		担当薬剤師 〇〇さん	
所 在 地	〇〇市〇〇町〇〇〇-〇		〇〇市〇〇町〇〇〇-〇〇	
電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	
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：高血圧、心筋梗塞		過去の大きな病気 やケガ	— 60 — 歳くらいのとき 名前や部位：心筋梗塞で入院
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：（例）アスピリン系薬剤、貝類）			
担当の ケアマネー ジャー	事業所名	〇〇〇居宅介護支援センター	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	氏 名	〇〇ケアマネージャー	介護サービスを利用している場合は、記入してください。	
その他（医師 や救急隊への 伝言など）	(例) 腰痛のため、急にはひとりで立てないことがある。 (例) 透析中・ペースメーカー埋め込みあり。			

◇ 緊急連絡先

ふりがな	も お か じ ろ う	続柄	長男	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
氏 名	真岡 次郎			携帯電話	080-0000-0000
住 所	真岡市〇〇町〇〇〇〇番地				
ふりがな	に の み や さ く ら	続柄	次男の長女 (孫)	電話番号	なし
氏 名	二宮 さくら			携帯電話	〇〇〇-0000-0000
住 所	〇〇市〇〇町〇丁目〇〇〇 〇〇〇〇マンション A-505				