

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 | | 明治 大正 昭和 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 | | | | |