

(様式第1号)

救急情報シート

作成年月日 年 月 日
更新年月日 年 月 日
更新年月日 年 月 日

もしものとき、この情報を活用してください。

ふりがな
お名前 (男・女)
隠岐の島町
おところ 電話 (—)
せいねんがっぴ 大正・昭和
生年月日 平成・令和 年 月 日

写真を貼る場合は、ここに貼ってください
(40^{ミリ}×30^{ミリ})

いりょうじょうほう 医療情報

かかりつけの医療機関名 <small>いりょうきかんめい</small>	でんわばんごう 電話番号
	—
	—
ふくやくないよう 服薬内容	あり []・なし
けつえきがた 血液型	A・B・AB・O・不明 (＋・－)
アレルギー	あり []・なし
けんこうほけんしょうばんごう 健康保険証番号	
その他	

きんきゅうれんらくさき 緊急連絡先

なまえ お名前	でんわばんごう 電話番号	じゅうしょ 住所	そくがら 続柄

「救急医療情報キット整備事業」隠岐の島町社会福祉協議会 (TEL: 2-0685)

注意事項・記入方法

予めご承知おきください

- ① 救急活動によっては、救急隊が不必要と判断したとき又は搬送に急を要するときは、キットを活用しない場合があること。
- ② 所定の位置にステッカーが貼られていなかったり、所定の場所にキットを保管していなかったときは、キットを活用されない場合があること。
- ③ 玄関や冷蔵庫外面にキット保管者の表示がある場合は、本人及び同居人等の同意を得ることなく、キットを取り出す場合があること。
- ④ 「救急情報シート」に救急隊員への伝言を記載されていても、必ずしも実行されることは限らないこと。
- ⑤ キットは善良に管理するとともに、譲渡したり貸付けたりしないこと。

《ご本人情報について》

生年月日：該当する年号を ○ で囲み、年月日を記入してください。

血液型：分からない場合等は「不明」を ○ で囲んでください。

《医療情報について》

かかりつけ医療機関名欄の連絡先は、正確に間違いのないよう記入してください。医療機関名は、2カ所記入できますが、身体状況をよく把握している医療機関を優先して記入してください。

①持病・服薬内容：

「薬剤情報提供書」、「くすり手帳」等や薬袋などの写しでも代用可能です。

②特記事項：

特定の病院でしか対応できない特殊な疾病がある場合など、病院との決めごとがあれば記入してください。

《緊急連絡先について》

3人以上いる場合は、ご自身の状況を把握している方を優先して記入してください。

緊急連絡先氏名：ご家族以外の方でも構いません。

連絡先：日中と夜間の連絡電話番号を記入してください。

《その他欄について》

- ・救急隊員に注意して欲しいこと（搬送時など）
- ・緊急連絡先について補足（夜間に電話をかけられるのは誰か、など）
- ・その他、緊急時に役立つと思われること

※救急情報に変更があったときには、必ず内容を書き換えてください。

（変更した日付を右上の欄に記入してください。）

※このシート表面には、顔写真（本人確認のため）を貼り、プラスチック製の容器に入れてください。