

救 急 情 報

| | | | |
|------|-------|---------------------------|-----|
| ふりがな | | 血液型 | |
| 本人氏名 | | A・B・O・AB型 Rh(+)・(-)・不明 | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 性別 | 男・女 |
| 住 所 | 太宰府市 | 電 話 | |

医 療 情 報

※かかりつけ医が3つ以上あるときは、あなたの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。

| | | |
|----------------------|---|---|
| かかりつけ病院等 | ① | ② |
| 科目・担当医 | | |
| 電 話 | | |
| かかっている病気 | | |
| 服 薬 内 容 | | |
| 特 記 事 項 (アレルギーなど) | | |

緊 急 連 絡 先

| | | |
|----------------------------|--------------|--------------|
| 氏 名 <small>ふりがな</small> | ① | ② |
| 続 柄 | | |
| 住 所 | | |
| 電 話 | (日中) (夜間) | (日中) (夜間) |

※介護サービスを受けている方は記入してください。

| | | | |
|---------------------|--|-----|--|
| 支 援 事 業 所 | | | |
| 担 当 者 (ケアマネージャー) | | 電 話 | |

| |
|-------------|
| 救急隊への伝言・その他 |
|-------------|

| | |
|-----|---|
| 同意欄 | 救急隊と輸送先の医療機関が、容器内の情報を救急医療に活用することに同意します。 |
| | 署名 _____ |

記入方法、注意事項

※記載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。
変更した日時を右上の欄に記入してください。

《救急情報》

血液型：わからない場合は「不明」を○で囲んでください。

《医療情報》

かかりつけ病院等は2ヵ所まで記入できます。身体情報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。

服薬内容：薬剤情報提供書の写し・おくすり手帳の写し・薬袋などを入れることで代えることができます。

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、病院との決めごとなどがあれば記入してください。

《緊急連絡先》

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。

氏名：ご家族以外の方でも構いません。

特に単身世帯の方は、ご近所の方(親類・友人・民生委員など)を、必ず1人は記入してください。

電話：日中と夜間の連絡電話番号を記入してください。

支援事業所：介護サービスを受けている方は、必ず記入してください。

《救急隊への伝言・その他》

下記のことを記入してください。

- ・搬送時に、救急隊員に注意してほしいこと
- ・緊急連絡先について補足事項（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

《同意欄》

内容をよく読み、同意いただいた上で、必ずご自身で記入してください。

【医療機関へのお願い】

《支援事業所》の情報は、退院等にもなうケアプランなどの変更等で、ご本人や親族と連絡ができない場合に使用してください。

問い合わせ： 〒818-0198
太宰府市観世音寺一丁目1番1号
太宰府市 健康福祉部 福祉課
TEL 092-921-2121 FAX 092-925-0294
メールアドレス fukushi@city.dazaifu.lg.jp