（医療情報記録用紙）

(写真貼り付け)

　　年　　月　　日作成

　　年　　月　　日変更

**救　急　情　報**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 血　液　型 | | | | |
| 本人氏名 |  |  | | 型Ｒｈ(　　)・不明 | | |
| 生年月日 | （大・昭・平・令）　　　年　　　月　　　日 | 性別 | | | 男 | 女 |
| 住　　所 |  | 電話 |  | | | |

**医　療　情　報**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| かかりつけ病院 | ① |  | ② |  |
| 科目・担当医 |  | |  | |
| 住　　　　　　所 |  | |  | |
| 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 | ① |  | | ② |  | |
| 続　　柄 |  | | |  | | |
| 住　　所 |  | | |  | | |
| 電　　話 | （日中） | |  | （日中） | |  |
| （夜間） | |  | （夜間） | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 支援事業者 |  | | | |
| 担　当　者 | |  | | |
| 住　　　所 | |  | 電話 |  |

|  |
| --- |
| 救急隊員への伝言・その他 |
|  |

容器内の情報は、救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。

**本人氏名**　　　　　　　　　　　　　　　　　印鑑又はサイン

* 記入方法は裏面を参照ください。

**記入の仕方、注意事項**

《ご本人情報について》

　生年月日： 年については西暦、または該当する年号を○で囲み、ご記入ください。

　血 液 型： お調べになったことがない等、わからない場合は「不明」を○で囲んでください。

　住　　所： 現在お住まいのご住所・電話番号をご記入ください。

《医療情報について》

　かかりつけ病院名欄の連絡先は、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ヶ所記入できますが、身体状況をよく把握している医療機関を

優先してください。

かかっている病気・服薬内容：

　薬剤情報提供書の写し・くすり手帳の写し・薬袋などを入れることで代えてください。

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、病院との決めごとを

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ご記入ください。

　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ご記入ください。

　支援事業者： ケアマネージャーに確認し、電話番号と担当者も必ずご記入ください。

《救急隊員への伝言・その他欄について》　　（記入例）

　・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。

《同意欄について》

　内容をよく読み、同意していただいた上で、必ずご自身で苗字とお名前すべてをご記入ください。

　また、本人同意の上で、ご家族などが代筆することもできます。

　ご本人の印鑑を押印してください。印鑑をお持ちでない方はサインをお願いいたします。

　救急活動において、搬送先の医療機関を決める場合、ご本人の状態によっては

　救急医療情報キットに記載された「かかりつけ病院」に搬送されない場合があります。

《医療機関へのお願い》

　救急医療情報キットは、本人又はご家族等に返却をお願いします。

　支援事業者欄は、退院等にともなうケアプランなどの変更等で、ご本人や親族が

　連絡できない場合にご活用をお願いします。

※ 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。）

お問い合わせ

東温市社会福祉課　ＴＥＬ　０８９－９６４－４４０６