

# 救急情報

(令和 年 月 日作成)  
(令和 年 月 日変更)

氏名 <small>ふりがな</small>	生年月日 明・大 年 月 日 昭・平	性別 男 女	血液型 型
電話番号 ( )	住所		

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
名称		
科目及び担当医		
所在地		
電話番号	( )	( )

緊急連絡先氏名 <small>ふりがな</small>	続柄	電話番号	住所
		( )	
		( )	
		( )	
		( )	

服薬内容(薬剤情報提供書の写しなど)	持病

その他救急隊への伝言など	
--------------	--

指定居宅介護支援事業者	所在地
電話番号	
( )	( )

同意欄	容器の中に入っている救急情報を、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

※裏面に記入の仕方についての説明があります。

# 記入の仕方・注意事項

## 《ご本人情報について》

- 氏名: 救急隊員等に読み方が分かるよう、ふりがなを記入して下さい。
- 生年月日: 該当する年号を○で囲み、ご記入ください。
- 血液型: 分からない場合「不明」と記入して下さい。
- 住所: マンション名、部屋番号まで必ずご記入ください。

## 《かかりつけ医療機関について》

- かかりつけ医療機関名欄の連絡先は、正確に間違わないよう記入して下さい。
- 医療機関名は、2箇所まで記入できますが、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下さい。
- 医院・診療所にかかりつけで、状態が悪くなった場合、後方支援病院が指定されている場合はその旨も記入して下さい。

## 《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。
- 緊急連絡氏名: ご家族以外の方でもかまいません。
- 連絡先: 日中と夜間つながる番号をご記入ください。

## 《服薬内容・持病について》

- 服薬内容については、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。

## 《指定居宅介護支援事業者について》

- 連絡先: ケアマネージャーに確認し電話番号も必ずご記入ください。

## 《その他欄について》(記入例)

- 特定の病院でしか対応できない特殊疾病がある場合についての、病院との取り決めごとなど
- 救急隊員に特に注意してほしいこと(搬送時など)
- 緊急連絡先についての補足事項(夜間に電話をかけれるのは誰か、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、同意をいただいた上で、必ずご自身で氏名を記入してください。
- 代筆の場合は、余白に代筆した方の氏名、ご関係もあわせて記入し、ご本人の印鑑を押印してください。

## 《医療機関へのお願い》

- 指定居宅介護支援事業者欄は、退院等に伴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。)