

## 救急情報

ふりがな		血液型		
本人氏名		型Rh( )・不明		
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日	性別	男	女
住所		電話		

## 医療情報

かかりつけの病院	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	(自宅) (携帯)	(自宅) (携帯)

### 支援事業者

担当者	
住所	電話

### 救急隊員への伝言・その他

--

容器内の情報について、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してください。

## 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、記入してください。  
血液型：お調べになっただけがない等、わからない場合は「不明」を○で囲んでください。

### 《医療情報について》

かかりつけの病院名欄の連絡先は、間違いのないよう正確に記入してください。  
かかりつけ病院は、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。

持病・服薬内容：

薬剤情報提供書の写・お薬手帳の写・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：自宅と携帯の電話番号を記入してください。

支援事業者：ケアマネジャーに確認し、電話番号と担当者も必ずご記入ください。

### 《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、同意いただいた上で、必ずご自身で氏名をご記入ください。  
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します。

### 《医療機関へのお願い》

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には、随時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。）

問い合わせ連絡先：

長泉町役場

長寿介護課 高齢者支援チーム

TEL:055-989-5537