様式第１号（第２条関係）

救急医療情報用紙

|  |  |
| --- | --- |
| 作成日　　　　　年　　　月　　　日 | 変更日　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住　　所 | 　 |
| ふりがな | 　 | 性　　別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 | 　 | 血 液 型 | 　　　　型 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 電話番号 | 　 |
|  |
| 　 | かかりつけの医療機関　① | かかりつけの医療機関　② |
| 名　　称 | 　 | 　 |
| 科目・担当医 | 　 | 　 |
| 所 在 地 | 　 | 　 |
| 電話番号 | 　 | 　 |
|  |
| 持病やアレルギーの有無等 | 服薬内容※欄内に書ききれない場合には、薬剤情報提供書の写し等を保管容器に入れてください |
| 　 | 　 |
|
|
|  |
| 　 | 緊急連絡先　① | 緊急連絡先　② |
| 氏　　名 | 　 | 　 |
| 続　　柄 | 　 | 　 |
| 住　　所 | 　 | 　 |
| 電話番号 | 　 | 　 |

※居宅介護事業所等を利用している場合には、以下の欄を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 　 | 電話番号 |  |