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 |  |