

私は、救急時において次の情報を救急隊及び搬送先の医療機関が活用することに同意します。

## 1 対象者

記入日

年

月

日

住 所	野田市		
ふりがな			性別
氏 名	年 月 日生		男 女
電話番号			
血液型	型 不明	アレルギーの有無	有 ( ) 無 不明
●コロナワクチン接種状況● 接種済みの場合は、接種日を記入してください。			
回数	接 種 日	回数	接 種 日
1	年 月 日		年 月 日
2	年 月 日		年 月 日
3	年 月 日		年 月 日
既往歴			

## 2 緊急連絡先

氏 名	続 柄	電 話 番 号	住 所
		(自宅) (携帯) (FAX)	
		(自宅) (携帯) (FAX)	
		(自宅) (携帯) (FAX)	

## 3 医療機関

	かかりつけの医療機関 1	かかりつけの医療機関 2
治療中の病名		
医療機関の名称		
所在地		
電話番号		
受診科		
担当医の氏名		

## 4 指定居宅介護支援事業所

事業所の名称	所在地
電話番号	担当者の氏名

## 5 備考

--

注1 救急隊が不必要と判断した場合、救急医療情報カードに記載された情報を活用しないことがあります。

2 救急医療情報カードに記載する内容は、必要に応じて更新してください。

3 緊急連絡先の電話番号には、必要に応じてメールアドレス等を記入してください。

## 記入のしかた、注意事項

### 《対象者（本人）情報について》

- 住 所 : マンション、アパート名、部屋番号まで必ずご記入ください。
- 氏 名 : 救急隊員に読み方がわかるよう、フリガナの記入をお願いします。
- 性 別 : ○で囲んでください。
- 生年月日 : 元号もご記入ください。
- 電話番号 : 自宅または携帯番号の番号をご記入ください。
- 血液型 : 血液型がわからない場合は、「不明」を○で囲んでください。
- アレルギーの有無 : ○で囲んでください。  
有の場合は、( ) 内に具体的に記入してください。
- コロナワクチン接種状況 : 接種済みの場合は、接種日、回数を記入してください。
- 既往歴 : 疾病名を記入してください。

### 《緊急連絡先について》

- 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。  
電話番号は、日中と夜間、その方につながる番号をご記入ください。

### 《医療機関について》

- かかりつけの医療機関をご記入ください。  
2箇所まで記入できますので身体状況等をよく把握している医療機関を優先してご記入ください。

### 《指定居宅介護支援事業所について》

- ケアマネジャー等に確認してご記入ください。

### 《備考について》

- 救急隊員などに伝えたいことがあれば記入してください。

### 《その他》

- 救急情報シートの内容に変更があった時は、内容を書き換えてください。  
(内容を書き換えた場合は、右上の欄の記入日も変更してください。)
- このシートの他に、次の物を容器に同封してください。

- ①写真（本人確認ができるもの）  
※1つの容器に複数の方の情報をいれる時は、名前を記入してください。
- ②健康保険証の写し
- ③かかりつけ医療機関の診察券の写し
- ④手帳をお持ちの方は手帳の写し
- ⑤服薬している薬の情報（お薬手帳の写しなど）

### 《医療機関へのお願い》

- 指定居宅介護支援事業所欄は、退院に伴うケアプランの作成・変更などで、ご本人や家族が連絡できない場合にご活用をお願いします。  
活用後のキットについては、ご本人にお返しいただくようお願いいたします。