

八 女 市 救 急 医 療 情 報 シ ー ト

シート記入日 年 月 日

本 人 情 報	ふりがな		血液型	A B O AB 型 ・ 不明 Rh(+ ・ -)
	氏名			
	性別	男 ・ 女	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日
	住所	八女市	電話番号	

緊 急 連 絡 先	連絡してほしい 家族・友人①	ふりがな		続柄		電話番号	
		氏名					
		住所		携帯電話			
	連絡してほしい 家族・友人②	ふりがな		続柄		電話番号	
		氏名					
		住所		携帯電話			

医 療 情 報	主なかかりつけ医	病院名		診療科目・担当医	(例)循環器科・〇〇先生
		住所		電話番号	
	これまでにした 大きな病気				
	治療中の病気	☐ 高血圧 ☐ 心臓病 ☐ 糖尿病 ☐ 腎疾患 その他()			
	普段飲んでいる薬	※お薬の名前を書くか、飲んでいる薬が分かる物(処方箋・薬袋など)をキットに入れてください。			
	アレルギー	なし ・ あり ()にアレルギーがある)			

介 護 情 報	要介護度	なし ・ 要支援 / 要介護度 1 2 3 4 5				
	ケアマネジャー がいるとき	事業所名		電話番号		
		担当者名				

特 記 事 項	救急隊員やお医者さんに、特に伝えたいこと	
	(例)喘息・人工透析治療中・ペースメーカーや埋込式除細動器を使っている・エピペン服薬など	

※内容やお薬が変わったら、すぐ、新しい内容のものに赤字で変更するか、情報シートを入れ替えましょう！