

救急医療情報用紙

平成 年 月 日作成
平成 年 月 日変更

本人情報

(ふりがな)		性別	血液型	生年月日
氏名		男・女	型	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日
			Rh(+・-)	
住所	南砺市		電話	
保険証番号				

医療情報

かかりつけ医療機関(電話)	① (電話 - -)	② (電話 - -)
科目・担当医		
治療中の病気		
服薬内容		
特記事項(アレルギー等)		

緊急連絡先

氏名	①	②
続柄		
住所		
電話	(日中 - -) (夜間 - -)	(日中 - -) (夜間 - -)

支援事業者等

担当者	
事業所	(電話 - -)

救急隊への伝言・その他

--

私は、いのちのバトン内の情報を、救急隊と搬送先の医療機関等が救急医療に活用することに同意します。

▼記入方法は裏面を参照ください。

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、ご記入ください。
血液型 : お調べになったことがない等、わからない場合は「不明」とご記入ください。

【医療情報について】

かかりつけ医療機関名欄の連絡先は、正確に間違いのないよう記入してください。
医療機関名は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ご記入ください。

治療中の病気・服薬内容

薬剤情報提供書の写し・くすり手帳の写し・薬袋などを入れることで代えてください。

特記事項

アレルギーがある場合や、特定の病院でしか対応できない特殊な疾病がある場合の病院との決め事など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 : 日中と夜間の電話番号を記入ください。
支援事業者 : ケアマネージャー等に確認し、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ほしいこと(搬送時など)
- ・緊急連絡先についての補足事項(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

【医療機関へのお願い】

支援事業者欄は、退院等にもな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、必ず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。)