

## 救急医療情報キット記入用紙

## ＜本人情報＞

ふりがな		血液型		
本人氏名		型Rh ( ) ・ 不明		
生年月日	(明・大・昭・平・令) 年 月 日	性別	男	女
住 所	越谷市	電話		

生活保護世帯である（該当する場合は□内にチェック）

## ＜医療情報＞

かかりつけ医療機関	①	②	③
診察券の番号	①	②	③
科 目	①	②	③
かかっている病気			

※服薬内容については、薬剤情報提供書（写）、お薬手帳（写）を入れてください。

## ＜緊急連絡先＞

氏 名	(1)	(2)
続 柄		
住 所		
電 話	(日中) (夜間)	(日中) (夜間)

## ＜救急隊員への伝言・その他＞

--

私は、容器内の情報を救急隊、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

### 《本人情報》について

生年月日：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」を○で囲んでください。

※ 生活保護世帯である場合は、□欄にチェックをお願いいたします。

### 《医療情報》について

かかりつけ医療機関：医療機関名は3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。

### 《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。
- ご家族以外の方でも構いません。
- 連絡先は日中と夜間それぞれつながる番号をご記入ください。
- 緊急連絡先の記入が困難な場合は、民生委員へご相談ください。

※ 記入した内容に変更があったときは、必ず内容を書き直してください。

(内容を直した際は、作成日も訂正してください。)