

救急医療情報キット記入用紙

＜本人情報＞

ふりがな	こしがや たろう	血液型	
本人氏名	越谷 太郎	A型Rh (+) ・ 不明	
生年月日	(明・大 昭 平・令) 7年 4月 1日	性別	男 女
住 所	越谷市 越ヶ谷 4-2-1	電話	963-9237

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＞

生活保護世帯である場合は、□欄にチェックを入れてください

かかりつけ医療機関	① 越谷クリニック	② しらこぼと医院	③
診察券の番号	① 55555	② 10926	③
科 目	① 内科	② 整形外科	③
かかっている病気	高血圧症	糖尿病	

※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＞

・ご本人の状況を把握している方を優先してご記入ください(例：親族)

氏 名	(1) 越谷 一郎	(2)
続 柄	息子	
住 所	蒲生 1-〇-〇	
電 話	(日中) 080-〇〇〇〇-〇〇〇 (夜間) 963-〇〇〇〇	(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。