

年 月 日作成
年 月 日変更

救急情報

ふりがな		血液型	() 型・不明
本人氏名			
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日	性別	男・女
住 所	市・町・村	電話番号	() -

医療情報

かかりつけ病院	①	②
担当医	① 先生 () 科)	② 先生 () 科)
住 所	① 市・町・村	② 市・町・村
電話番号	① () -	② () -
現在治療中の病気	①	②
飲んでいるお薬	①	②
備 考 (アレルギー等)	①	②

※その他、保険証や薬剤情報提供書の写し、おくすり手帳のコピーを一緒に入れておいてください。

緊急連絡先

氏 名	①	②
ご関係	①	②
住 所	① 市・町・村	② 市・町・村
電話番号 (携帯電話も可)	①(日中) - -	②(日中) - -
	①(夜間) - -	②(夜間) - -

指定居宅介護支援事業者	
担当ケアマネジャー名	
住 所	市・町・村
電話番号	() -

もしもの時に医師に伝えたい事があれば口の中にチェックしてください

できるだけ救命・延命をしてほしい

苦痛をやわらげる処置なら希望する

なるべく自然な状態で見守ってほしい

その他() 署名は必ずご自分でお書きください

署名 () 署名 ()

平成 年 月 日記載

救急隊員への伝言・その他

この情報は、救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。

本人署名

Ⓜ 自筆又は記名押印

記入のしかた・注意事項

《救急情報（ご自分の情報）について》

- 生年月日：該当される年号を○で囲み、年月日の数字を記入ください。
- 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。

《医療情報について》

- かかりつけの病院があれば記入ください。
- 病院は2つ記入できます。ご自分の身体の状態を良く知っている病院名を優先して記入ください。
- 現在、治療している病気で飲んでいるお薬については、「薬剤情報提供書」や「おくすり手帳」のコピーを入れてもらうことも可能です。

《緊急連絡先について》

- 緊急連絡先として記入いただく方は、家族以外の方でも構いません。
- 3人以上いる場合は、ご自分の状況を把握している方を優先して記入ください。
- 連絡先は日中と夜間につながる番号を記入ください（携帯電話の番号でも構いません）。

《指定居宅介護支援事業者について》

- ケアマネジャーに確認して、電話番号などの連絡先も必ず記入ください。

《同意欄について》

- 容器内の情報を、救急隊と搬送先の病院で救急医療に活用することに同意いただくことにご了承いただければ、ご自分でお名前を記入いただき押印してください。

※緊急情報に変更があったときは、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。)