

救急医療情報用紙

1 救急情報

ふりがな 本人氏名		血液型	
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日（ 歳）	性別
住 所	利府町	電話番号	

2 医療情報

治療中の病気		
かかりつけ 医療機関	①	②
	名 称：	名 称：
	住 所：	住 所：
	主治医：	主治医：
現在服用中の薬		
特 記 事 項 (アレルギーなど)		

3 救急時の連絡先

	①	②
氏 名		
住 所		
電話番号		
続 柄		
支援事業者		
担 当 者	電話番号	
住 所		

4 救急隊員への伝言など

--

本情報を救急隊と搬送先の医療機関が救急医療に活用すること及び本用紙を町及び利府町地域包括支援センターに保管し、必要な場合に民生委員等に情報を提供することに同意します。

本人氏名

印