

第1号様式

医療情報シート

ご本人の写
真を必ず貼
ってください。

作成日 年 月 日
変更日 年 月 日
変更日 年 月 日

1 対象者

ふりがな 氏 名		性別	男 ・ 女	血液型	
生年月日	大・昭・平 年 月 日 生	電話番号			
住 所	伊勢原市				
身体状況 (持病・障害の 状況等)					
服薬内容 (種類・量)	※「薬剤情報提供書」又は「お薬手帳」の写しを同封する場合は記載しなくてもかまいません。				

2 緊急連絡先

氏 名	続 柄	電話番号	住 所
		日中： 夜間：	
		日中： 夜間：	
		日中： 夜間：	

3 かかりつけ医療機関

名 称	科 名 (診察券番号)	担当医	所在地	電話番号
	()			
	()			
	()			

※ 裏面もあります。

4 救急隊員への伝言など

例：ペースメーカーを装着している など

5 指定居宅介護支援事業者(ケアマネジャー)など

事業所名	所在地	担当者	電話番号

6 救急安心キットの利用にあたっての確認事項

- (1) 冷蔵庫の外側や玄関のドアの内側にステッカーが貼られている場合は、本人又は同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けて救急安心キットを取り出すことがあります。
- (2) 救急安心キットは、救急隊員が救急活動に必要と判断した場合に活用いたします。
- (3) 「かかりつけ医療機関」が救急病院であっても、他の病院に搬送される場合があります。