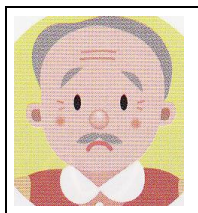


医療情報シート



ご本人の写真を必ず
貼ってください。

作成日 令和〇〇年 〇月 〇日

変更日 年 月 日

変更日 年 月 日

わからない場合は不明と
記入してください

1 対象者

ふりがな 氏 名	いせはら たろう 伊勢原 太郎	性別	☒ 男 ・ 女	血液型	A
生年月日	明・大・ ☒ 平15年 3月 1日生	電話番号	0463-〇〇-△△△△		
住 所	伊勢原市〇〇 △△△番地				
身体状況 (持病・障害の 状況等)	高血圧、ぜんそく マンションやアパートの名称、部屋 番号まで必ず記入してください				
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

ご自身の状況を把握している方を優先して記入してください

氏 名	続 柄	電話番号	住 所
伊勢原 二郎	長男	日中：〇〇〇-〇〇〇-△△△△ 夜間：△△△-△△△△-〇〇〇〇	〇〇市〇〇 △△番地
伊勢原 花子	長女	日中：〇〇〇-〇〇〇-△△△△ 夜間：△△△-△△△△-〇〇〇〇	〇〇市〇〇 △△番地
		日中： 夜間：	日中、夜間つながる番号 を記入してください

3 かかりつけ医療機関

ご自身の状況を把握している方を優先して記入してください

名 称	科 名 (診察券番号)	担当医	所在地	電話番号
〇〇病院	内科 (xxxxxxxxxx)	〇〇医師	〇〇市〇〇 △△番地	〇〇〇-〇〇〇- △△△△
△△医院	呼吸器科 (xxxxxxxxxx)	△△医師	〇〇市△△ 〇〇番地	△△△-△△△△- 〇〇〇〇
	()			

※ 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(ケアマネージャー)など

事業所名	所在地	担当者	電話番号
〇〇〇〇	〇〇市△△ 〇〇番地	神奈川 花子	△△△－ △△△△－〇〇〇〇

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。