

救急医療情報シート

作成日 年 月 日
更新日 年 月 日

私は、以下の情報を緊急時に救急隊(消防隊)及び搬送先の医療機関等が活用することに同意します。

ご本人に関する基本情報			
氏名	生年月日	性別	血液型
フリガナ	T・S・H・R 年 月 日	男・女	型 (Rh +・-)
電話番号	住所		

緊急連絡先(必ず連絡の取れる方の電話番号(携帯電話があれば携帯電話番号)をご記入下さい)				
	氏名	続柄	電話番号	住所
1				
2				
3				

治療中の病気・かかりつけ医療機関・服用している薬などの情報			
	病名	かかりつけ医療機関(診療科名・担当医・電話番号)	服用薬
1			
2			
3			
アレルギーの有無		有・無	アレルギーの詳細(症状等)
過去の病歴、手術歴の有無 有・無			
病歴、治療歴、手術歴の詳細 (病名、治療、手術をした時期など)			

ご本人の普段の様子に関する情報(該当する箇所に○をして下さい)			
歩行(一人で)	可能・杖を使用・不可能	食事(一人で)	可能・不可能
会話(意思疎通)	可能・不可能	意思決定	可能・不可能
体の不自由な部分の有無	有・無	不自由な部分の詳細	

その他(救急隊や医療機関へ伝えたいことをご記入ください。)

※保険証・かかりつけ医療機関の診察券・お薬手帳(薬剤情報提供書)と一緒に提出して下さい。
裏面の記入方法もご参照下さい。

救急医療情報記入方法

「ご本人に関する基本情報」について

- ・氏名はフリガナをご記入していただき、生年月日は該当年号を○で囲みご記入ください。
- ・血液型がわからない場合は「不明」とご記入ください。
- ・住所はマンション名、部屋番号等の詳細までをご記入ください。

「緊急連絡先」について

- ・多数の場合は、ご本人の状況をよく把握している方を優先にご記入ください。
- ・連絡先は、可能な限り複数ご記入ください。(自宅電話番号及び携帯電話があれば携帯電話番号)
- ・救急隊等が記載されている方へ連絡する場合がありますので事前に説明し同意を得ておいてください。

「治療中の病気・かかりつけ医療機関・服用している薬などの情報」について

- ・かかりつけ医療機関名は、診察券等を参照して正確にご記入ください。
- ・複数ある場合は、定期的に通院し身体状況をよく把握している医療機関を優先してご記入ください。
- ・服用薬がある場合にはご記入ください。
- ・アレルギーの有無を○で囲み、アレルギーの原因物質、症状等をご記入ください。
- ・過去の病歴、治療、手術歴は、どのような疾患でいつ頃治療や手術をしたかご記入ください。

「ご本人の普段の様子に関する情報」について

- ・該当する項目を○で囲み、不自由な部分がある場合は、具体的にご記入ください。

その他(救急隊や医療機関へ伝えたいことをご記入ください)について

- ・搬送時などに注意してほしいことや救急隊の行う処置などについて
- ・上記項目以外で重要な情報がある場合はご記入ください。

注意事項

- 救急隊及び医療機関等が正確な情報把握、伝達の為に使用します。救急医療情報シートを提示した場合は、利用に関しての同意が得られたものとして活用しますのでご了承ください。
- 搬送先医療機関や救急隊が行う処置等についてご本人、ご家族のご希望やご要望があった場合でも状態や様々な状況等によりご希望、ご要望に沿えない場合がありますのでご了承ください。

お願い

- 情報の変更等がありましたらその都度、修正・変更を行ってください。正しい情報は、迅速な救急活動につながりますのでご協力をお願いいたします。
- 保険証・診察券・お薬手帳などと一緒に保管することをお勧めします。また免許証や財布などと一緒に持ち出すことで外出時にも利用可能となります。

【お問い合わせ先】

大月市消防署 救急担当

Tel0554-22-0119 fax0554-23-0119