

(記 入 例)
救 急 情 報

(平成28年 4月 1日作成)
(令和元年10月 1日変更)

フリガナ 氏 名	生年月日	性 別	血液型
高梁 太郎	昭和12年4月23日	男	(※1) +A 型
住 所	町内会	電話番号	
高梁市松原通2043	松原通	0866-21-0265	

(※1) 血液型がわからない場合は「不明」と記入してください。

(※2) かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
〇〇〇病院	〇〇〇第2病院

(※2) 2箇所記入できますが、身体状況をよく把握している医療機関を優先してください。

緊急連絡先氏名	続 柄	住 所	電話番号
高梁 二郎	弟	総社市中央〇〇番地	0866-92-**** 090-****-****
成羽 三郎	子	高梁市成羽町成羽〇〇番地	0866-42-****

担当民生委員氏名	有漢 太郎
----------	-------

服薬の有無	持 病
(※3) 有	心臓病 () 糖尿病 () 脳梗塞 () 透 析 () 高血圧 (○) その他 (喘息)

指定居宅介護支援事業者 等(ケアマネジャー)	事業所	〇〇〇〇居宅介護支援事業所
	担 当	備 中 花 子

(※3) 服薬が「有」の人は、薬剤情報提供書(写し)やお薬手帳(写し)を入れてください。

アレルギーの有無	ある (食物アレルギー「そば」) ・ ない
手 術 歴	体内に金属はあるか ある () ・ ない ・ わからない
(※4) その他救急隊員 への伝言など	数年前に、肺の手術をした。 眠れない時に、睡眠薬を服用することがある。

(※4) 救急隊員へ伝えておきたいことがあれば、記入してください。

**キットを利用されるにあたって、次のような
場合があることをご了承ください。**

- 1 救急隊が救急活動に不必要と判断したとき、又は搬送に急を要するとき
はキットを使用しない場合があります。
- 2 所定の位置にステッカーを貼っていなかったとき又は冷蔵庫にキットを
保管していなかったときは、キットを活用できない場合があります。
- 3 救急活動の際に、本人の同意を得ることなく冷蔵庫を開けてキットを取り
出す場合があります。
- 4 かかりつけ医療機関があっても、他の病院に搬送される場合があります。
- 5 あなたが医療情報用紙に記載した事項については、救急活動の状況に
よって、必ずしも活用されるとは限りません。
- 6 キットは大切に保管し、他社に譲ったり、貸し付けたりしないでください。
- 7 キットを必要としなくなった際は、情報用紙等を各自破棄してください。