

救急情報

(令和 年 月 日作成)

(令和 年 月 日変更)

フリガナ 氏名	生年月日	性別	血液型
			型
住所	町内会	電話番号	

かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②

緊急連絡先氏名	続柄	住所	電話番号

担当民生委員氏名	
----------	--

服薬の有無	持病	
	心臓病 ()	糖尿病 ()
	脳梗塞 ()	透析 ()
	高血圧 ()	その他 ()

指定居宅介護支援事業者 等(ケアマネジャー)	事業所	
	担当	

アレルギーの有無	ある () ・ ない
手術歴	体内に金属はあるか
	ある () ・ ない ・ わからない
その他救急隊員 への伝言など	

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。