

令和 年 月 日
(変更 令和 年 月 日)
※ 救急情報に変更があった時には、必ず内容を書き換えてください。

救急情報

フリガナ		血液型		
氏名		(A ・ B ・ O ・ A B) 型 Rh () ・ 不明		
生年月日	(大 ・ 昭 ・ 平) 年 月 日	性別	男	女
住所	気仙沼市	電話番号		

医療情報

かかりつけ病院	①	②		
科目・担当医	科 医師	科 医師		
※市外の場合 住所・電話番号	市 電話 () -	市 電話 () -		
かかっている病気 (発症時期)	() ()	() ()		
服薬内容	処方薬説明書 (有・無)		処方薬説明書 (有・無)	
特記事項 (アレルギーなど)				
加入医療保険情報	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 記号 番号	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 番号	<input type="checkbox"/> その他 () 番号	
障害者手帳情報	<input type="checkbox"/> 身体 種 級 番号	<input type="checkbox"/> 療育 A ・ B 番号	<input type="checkbox"/> 精神 1 ・ 2 ・ 3 番号	

緊急連絡先

氏名	①	②		
続柄				
住所				
電話番号				

支援事業所		担当者	
住所		電話番号	

救急隊員への伝言・その他

容器内の情報は、救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。

本人氏名 _____ 印鑑またはサイン

※記入方法は裏面を参照ください。

記入の仕方，注意事項

《ご本人情報について》

生年月日：年については西暦，または該当する年号を○で囲み，ご記入ください。
血液型：お調べになったことがない等，わからない場合は「不明」を○で囲んでください。

《医療情報について》

かかりつけ医療機関名欄の連絡先は，正確に間違いのないよう記入してください。
医療機関は，2か所記入できますが，身体状況をよく把握している医療機関を優先してご記入ください。

持病・服薬内容

病気の発症時期を（ ）に記入してください。

薬剤情報提供書の写し・薬手帳の写し・薬袋などを入れることで代えてください。

特記事項：

特定の病院でしか対応できない特殊な疾病がある場合など，
病院との決めごとを記入してください。

《緊急連絡先について》

3人以上いる場合は，ご自身の状況を把握している方を優先してご記入ください。
緊急連絡先氏名：ご家族以外の方でも構いません。お1人は親族の方を記入してください。
連絡先：緊急時に連絡が取れる電話番号を記入してください。
支援事業者：事業所名，電話番号，担当のケアマネジャー等を記入してください。

《その他欄について》（記入例）

- 救急隊員に注意して欲しいこと（搬送時など）
- 緊急連絡先についての補足事項（夜間に電話をかけられるのは誰か，など）
- その他緊急時に役立つと思われること

《同意欄について》

内容をよく読み，同意いただいた上で，必ずご自身で苗字とお名前すべてをご記入ください。
ご本人の印鑑を押印してください。印鑑をお持ちでない方はサインをお願いいたします。

《医療機関へのお願い》

支援事業者欄は，退院等にもなうケアプランなどの変更等で，
ご本人や親族が連絡できない場合にご活用をお願いします。

※救急医療情報に変更があった時には，必ず内容を書き換えてください。
（変更した日付を右上の欄に記入してください。）

【問い合わせ先】

気仙沼市役所 保健福祉部地域包括ケア推進課 地域包括支援センター
〒 988-8501 宮城県気仙沼市八日町一丁目1番1号
TEL. 0226-22-6600（代） FAX. 0226-25-1577