

救急医療情報シート

本用紙の情報を、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。

フリガナ _____ 年 月 日 記入
 本人氏名： _____ 年 月 日 更新
 _____ 年 月 日 更新
 住所： _____ 医療情報は、最新のものとなるように、
 随時、修正・更新してください。 _____ 血液型： _____ 型
 生年月日： _____ 年 月 日 電話番号： _____

わかるようにだけ 簡単に書いてください	かかりつけ医療機関	電話番号
	かかりつけ歯科医院	電話番号
	かかりつけ薬局	電話番号
	かかっている病気 ☑をつけてください	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 不整脈
		<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 糖尿病
		<input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> その他 _____
飲んでいる薬 お薬手帳のシールが あれば裏面に貼付し てください	記入の代わりに、お薬手帳のシールを裏面に 貼り付けていただいてもかまいません。 その場合は、かかりつけ薬局で救急医療情報シート にシールを貼ることを伝え、お薬手帳のシールを 1枚余分にもらってください。 また、薬が変わった時は、書き換えてください。	
アレルギー	<input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> なし	

緊急連絡先

氏名	住所	電話番号	関係
緊急対応時の重要な情報です。できるだけ家族・親族の連絡先の記入をお願いします。			

監修：高槻市医師会・高槻市歯科医師会・高槻市薬剤師会

発行：高槻市長寿介護課（TEL：072-674-7166）

お薬手帳のシールを貼ってください