

## 救急医療情報(高齢者施設用)

常陸太田市消防本部提供用

住 所				
ふりがな			年 齢	歳
氏 名			(平成	年 月 日現在)
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
性 別	男 ・ 女			
連絡先 電話番号				

### ◇医療情報

現在治療中の病気	高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 脳卒中 その他
過去に医師から 言われた病気	
服用薬	※『お薬手帳』に記載のある最新の服用薬情報のコピー添付でも可。
かかりつけの病院	病院名: _____ 治療している病気名(            )
	病院名: _____ 治療している病気名(            )
	病院名: _____ 治療している病気名(            )
※その他、伝えておきたい情報等	

### ◇緊急連絡先

優先順	氏 名	続柄	住 所	電話番号
1				
2				
3				
4				
5				

**救急隊への申し送り事項**  
(救急隊要請時に施設職員等が記入してください)

◇発生状況

要請概要	発生時間	
	場 所	
	概 要	<hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
応急手当		

◇連絡済医療機関

医療機関名		担当者名	(Dr ・ Ns ・ 事務員)
医療機関名		担当者名	(Dr ・ Ns ・ 事務員)
医療機関名		担当者名	(Dr ・ Ns ・ 事務員)

◇家族連絡状況

未 ・ 済	名前(続柄)	( )	電話番号	
未 ・ 済	名前(続柄)	( )	電話番号	
未 ・ 済	名前(続柄)	( )	電話番号	

**注 意 事 項**

- 1 救急医療情報について
  - (1) 救急医療情報は、事前の意思表示に基づき、ご自身の救急情報を駆け付けた救急隊に、迅速的確に提供することを目的としています。
  - (2) 救急医療情報は、救急隊が活用することに同意できる場合、ご自身もしくはご家族で記載願います。
  - (3) 記載内容に変更があった場合には、その都度、新しい情報を記載してください。
- 2 緊急連絡先について
 

救急隊等が、緊急連絡先に連絡することがありますので、連絡先に記載する方に対して、ご自身もしくはご家族で事前に説明し同意を得ておいてください。