

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			(年 月 日 現在)
生年月日	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	----- -----
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

- 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。
- 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。