

医療情報シート

(年 月 日 作成)
(年 月 日 更新)

私は、容器の中の情報を、救急隊と搬送先の医療機関及び支援者に提供し、救急時及び緊急時の支援活動に活用することに同意します。

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名 (署名)		生年月日	年 月 日
住所	台東区		
電話	(自宅)	(携帯電話)	

●医療情報

かかりつけ 医療機関名①		かかりつけ 医療機関名②	
電話番号		電話番号	
診察券番号		診察券番号	
診療科目 担当医師	科 医師	診療科目 担当医師	科 医師
現在治療中の病気		現在治療中の病気	
服薬内容(いつも飲んでいる薬)			
※お薬手帳・説明書の写しでも可			
アレルギーの有無	無 ・ 有 ()		
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない		
人工透析	<input type="checkbox"/> 受けている (週 回) <input type="checkbox"/> 受けていない		

●公的保険情報 (「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」から転記してください)

医療保険情報	介護保険証 (コピーでも可)
被保険者番号:	被保険者番号:
保険者番号:	保険者番号:
※生活保護の受給の有無	無 ・ 有

●緊急連絡先（連絡のつきやすい順でお書きください）

氏名	続柄	住所・電話番号
フリガナ		(自宅)
		(携帯)
		(住所)
フリガナ		(自宅)
		(携帯)
		(住所)

●その他支援者の連絡先

(日常的に相談等をしているケアマネジャー、介護事業所、地域包括支援センターなど)

事業者・担当者名	電話番号

●身体情報

普段の生活について	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 歩行器などを使用すれば歩行できる <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり
配慮が必要な事項	<input type="checkbox"/> 目が見えない <input type="checkbox"/> 耳が聞こえない <input type="checkbox"/> 話すことができない <input type="checkbox"/> 意思伝達が難しい <input type="checkbox"/> その他()

●備考欄（救急隊・搬送された病院に伝えたいこと）