[様式第2号](http://www.city.yabu.hyogo.jp/reiki_int/reiki_honbun/word/610940021.doc)(第4条関係)

　**救　急　医　療　情　報**

　　　年　　月　　日記載

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ふりがな）氏　名 | 性 別男・女 | 生年月日　　　　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳）血液型 　(　　　型) |
| 住所：いなべ市 | 電話番号： |
| 緊急時連絡先①氏　名：　　　 　　　　（続柄　　　） | 電話番号：①　　　　　　 ② |
| 緊急時連絡先②氏　名：　　　　 　　　　（続柄　　　） | 電話番号：①② |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 治療中の病名 | かかりつけ医療機関 | 担当医師名（診療科目） | 電話番号 |
|  |  | （　　　　　　　科） |  |
|  |  | （　　　　　　　科） |  |
|  |  | （　　　　　　　科） |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 処方されているお薬(薬の説明書を容器に入れること) |  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 既往歴（何歳時）（大きな病気、手術など） |  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 特記事項(アレルギーの有無など） |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支援事業者など | 事業者名／担当者名 | 電話番号 |
| ／ |  |
| ／ |  |

|  |
| --- |
| 救急隊員への伝言： |

注意：救急時は、正しい情報が必要です。医療情報が変更した時には、書き換えましょう。