

**【記 入 例】**  
**救 急 医 療 情 報**

〇〇年〇〇月〇〇日記載

(ふりがな) いなべ たろう 氏 名 <b>員弁 太郎</b>	性 別 男・女	生年月日 <b>昭和 9年12月1日 ( 77歳)</b> 血液型 ( <b>B</b> 型)
住所: いなべ市 〇〇町〇〇 <b>1234番地</b>	電話番号: <b>0594-〇〇-1234</b>	
緊急時連絡先① 氏 名: <b>員弁 〇〇 (続柄 (長男))</b>	電話番号① <b>090-〇〇〇〇-〇〇〇〇</b> ② <b>0594-〇〇-〇〇〇〇</b>	
緊急時連絡先② 氏 名: (続柄 )	電話番号: ① ②	

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
<b>糖尿病</b>	〇〇病院	〇〇 〇〇 ( <b>内科</b> )	〇〇- 〇〇〇〇
<b>高血圧</b>	〇〇病院	〇〇 〇〇 ( <b>内科</b> )	〇〇- 〇〇〇〇
		( 科 )	

処方されているお薬 (薬の説明書を容器に入れる こと)	<b>インスリン</b>	<b>アタラート</b>

既往歴 (何歳時) (大きな病気、手術など)	<b>脳梗塞(65歳)</b>

特記事項 (アレルギーの有無など)	<b>有 卵アレルギー</b>
----------------------	-----------------

支援事業者など	事業者名/担当者名	電話番号
	〇〇 <b>ケアマネジャー</b> / 〇〇	〇〇-〇〇〇〇
	/	

救急隊員への伝言:

**(伝えたいことがあれば、ご記入下さい)**

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。