

初回記入日 年 月 日記入  
確認日 年 月 日確認  
確認日 年 月 日確認

## 救急医療情報用紙

ここに記載されている内容は、私の緊急時に使用することに同意します。

ふりがな			
氏名			
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
住所	三田市	電話番号	

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
病院名		
科目及び 担当医	当てはまるものを○で囲んでください ・外科 ・脳神経外科 ・内科 ・神経科 ・整形外科 ・呼吸器科 ・その他( ) 担当医( )	当てはまるものを○で囲んでください ・外科 ・脳神経外科 ・内科 ・神経科 ・整形外科 ・呼吸器科 ・その他( ) 担当医( )
所在地	都道府県 市 区	都道府県 市 区
電話番号		
いつも 飲んでいる お薬	当てはまるものを○で囲んでください ・心臓病の薬 ・糖尿病の薬 ・ぜん息の薬 ・高血圧の薬 ・腎臓病の薬 ・胃腸病の薬 ・リウマチの薬 ・その他( )	
その他 救急隊員 への伝言等		

緊急 連絡先	氏名	電話番号	住所
ご家族、親族 の連絡先	続柄( )		都道府県 市 区
ご近所で 連絡が 取れる方			三田市
福祉関係者 (ケアマネ ジャー等)			都道府県 市 区
その他	続柄( )		都道府県 市 区

※裏面に注意点の説明があります。

## 救急医療情報キットのご利用にあたっては、 以下の点をご了承ください。

- 救急隊が救急活動に必要と判断した場合に使用します。
- 所定の位置にステッカーが貼られていなかったり、冷蔵庫内の扉にキットが保管されていない時は使用しない場合があります。
- 玄関内側ドアにステッカーが貼られている場合は、本人等の同意を得ることなく冷蔵庫の中の救急医療情報キットを取り出す事があります。
- 救急搬送する医療機関を決める際、キットに記載されている病院を参考にさせていただきます。
- 伝言が記載されていても、それが必ずしも実行されるとは限りません。

情報用紙は、半年または1年おきにご自身で内容の確認をする等、最新の情報に保つよう心がけましょう。

### ※もしものとき

救急・火災は **119番**  
警察は **110番**

### 医療機関関係者様へ

救急搬送時、救急医療情報キットを病院等に持ち出しされた場合は、使用後必ずご本人様もしくはご家族の方にお返しく下さい。