

# 救急医療情報シート

※記入は鉛筆でお願いします。

年 月 日作成

氏 名		性 別	男・女
		生年月日	年 月 日
住 所	墨田区		
電 話	(自宅)	(携帯電話)	

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
名 称		
科 目 担当医師	科 医師	科 医師
所 在 地 電話番号	電話 ( )-	電話 ( )-
その他の 連絡先	訪問看護 名称・担当者	電話 ( )-
	ケアマネジャー 名称・担当者	電話 ( )-
アレルギー	あり ( ) ・ なし	

現在服用している薬

※薬剤情報提供書 あり (別紙のとおり) ・ なし

手帳をお持ちの方は、以下の□に✓を入れてください

身体障害者手帳  愛の手帳  精神障害者保健福祉手帳

医師や救急隊に知ってほしいこと (例)人工透析(血液透析)週2回、ペースメーカー使用など

★搬送後の対応について (伝えたいことがある方は □に✓を入れるか、希望することを記入してください)

できるだけ救命、延命をしてほしい  苦痛をやわらげる処置なら希望する  
 なるべく自然な状態で見守ってほしい  その他 ( )

※「★搬送後の対応について」は、ご家族と相談の上、記入してください

緊急連絡先			
氏 名	続柄・関係	住 所	電 話
①			
②			
③			

この中に入っている救急情報を、必要時救急医療に活用することに同意します

本人氏名	
------	--