

# 救急情報シート

平成 年 月 日 作成  
平成 年 月 日 更新

お名前、住所等を記入してください。

|      |                 |      |                          |
|------|-----------------|------|--------------------------|
| フリガナ |                 | 血液型  | 型 Rh( )・不明               |
| 本人氏名 |                 | 性別   | 男 ・ 女                    |
| 生年月日 | (明・大・昭・平) 年 月 日 | 健康保険 | 国保・後期高齢・社保・共済<br>・その他( ) |
| 住所   | 湯沢町             | 電話番号 | ( ) —                    |

治療中の病気があれば、病名と受診している医療機関について記入してください。

| 病 名                       | 医療機関・主治医名 | 薬の名前・治療の内容など |
|---------------------------|-----------|--------------|
| (1)                       | 電話番号( ) — |              |
| (2)                       | 電話番号( ) — |              |
| (3)                       | 電話番号( ) — |              |
| その他(アレルギー、今までの大きな病気・手術など) |           |              |

緊急連絡先について記入してください。

| 氏 名 | 続柄等 | 電 話 番 号      | 住 所 |
|-----|-----|--------------|-----|
| (1) |     | (日中)<br>(夜間) |     |
| (2) |     | (日中)<br>(夜間) |     |

ケアマネジャーについて記入してください。【該当の方のみ】

| 事業所名                | 担当者名 | 電話番号  |
|---------------------|------|-------|
| ゆのさと・社協・包括(町)・健康倶楽部 |      | ( ) — |

救急隊員への伝言・その他

|  |
|--|
|  |
|--|

※裏面の注意事項をよく読んでください。

# 注意事項

○この医療情報キットは、救急時に救急隊員や医療関係者が、あなたのお名前や住所、持病や飲んでいる薬、緊急連絡先等をいち早く確認するためのものです。

○冷蔵庫に保管されていることになっていますので、**必ず冷蔵庫に保管**してください。

○このキットが配布されていることを救急隊員等に知らせるため、玄関扉（付近）の**内側**に、玄関用のステッカーを張ってください。

○冷蔵庫の中にこのキットがあることを知らせるため、**冷蔵庫にマグネット**を張ってください。

○このキットには食品を入れないでください。

**以下のことについてご了承願います。**

◎状況によってはこのキットを使用しない場合や、救急病院が指定されている時はかかりつけの病院等に搬送されない場合があります。

◎救急隊員への伝言が記載されていても、必ずしも実行されない場合があります。

※シートは健康福祉課にあります。

連絡いただければ郵送もします。 湯沢町 健康福祉課 電話 784-4560