

救急医療情報

令和 年 月 日

- ① この紙とお薬の内容のわかる紙を一緒に筒の中に入れてください。
お薬の内容は、いつも最新のお薬のしおりと入れ替えてください。

フリガナ	生年月日	性別	血液型
氏名			
			型
電話番号	住所		
自宅			
携帯			

	かかりつけ医療機関 ①	かかりつけ医療機関 ②
名称		
診療科		
担当医		
所在地		
電話番号		
緊急連絡先 氏名	続柄	電話番号
①		自宅
		携帯
②		自宅
		携帯
持病(病歴)	服薬内容(お薬の説明書き)	
その他(病気の状況)		
同意欄	容器の中に入っている救急情報を救急隊と搬送先医療機関が、救急医療に活用することに同意します。	
	本人氏名	