

救急医療情報用紙

○ 大切な情報ですので、必ず記入し、安心ボトルに入れて冷蔵庫に保管しておいてください。

	記入年月	年 月	更新年月	年 月	年 月
同意欄	緊急時において、この用紙に記入した内容および容器内にある情報を函館市の救急隊員と搬送先の医療機関が救急活動に活用することについて同意します。				
	本人氏名	(ふりがな)			印
生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和				
性別	男 ・ 女	血液型	A ・ B ・ O ・ AB 型 Rh (+ ・ -) ・ 不明		
住所	函館市				
電話番号					

○ 代筆した方（同意欄の本人氏名はご本人が記入してください。）

代筆者氏名		本人との関係	
-------	--	--------	--

裏面もあります⇒

○ 該当する部分の記入をお願いします。

緊 急 連 絡 先				
	(ふりがな) 緊急連絡先氏名	続柄	電 話 番 号	住 所
1				
2				
3				

か かり つ け 医 療 機 関		
かかりつけの病院	①	②
科 目 ・ 担 当 医		
電 話 番 号		
かかっている病気		
いつも飲んでいる薬		
特 記 事 項 (アレルギーなど)		

地域包括支援センター・居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	
事 業 所 名	
担 当 ケアマネジャー	
電 話 番 号	