

救急情報シート

記載日： 年 月 日

| | | |
|----------|-------|------------------------|
| 氏名(ふりがな) | 生年月日 | 性別 |
| | 年 月 日 | 男・女 |
| 住所 | 電話番号 | 血液型 |
| 吉田町 | () | A・B・O・AB RH(+・-)・不明 |

| | | |
|-------|--------|-------------------------------------|
| 介護保険 | 該当・非該当 | 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 |
| 手帳の種類 | 有・無 | 身体障害者手帳(級) 療育手帳(A・B) 精神保健福祉手帳(等級) |

| | 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 | | |
| 所在地 | | |
| 電話番号 | () | () |

| 服薬内容 | 病歴 |
|--------------|----------|
| 薬剤情報提供書の写しなど | 現在治療中の病気 |

| | | | |
|------------|-----------------------|----------|----------------------------|
| 医療に対する特記事項 | | | |
| 酸素(有・無) | インシュリン(有・無) | 補聴器(有・無) | ペースメーカー(有・無) |
| 透析(有・無) | 歩行(自立・介助・車椅子・歩行器・不可能) | まひ 麻痺 | (右上肢・右下肢) (左上肢・左下肢) |

| |
|----------------|
| その他(救急隊への伝言など) |
|----------------|

| 緊急連絡先氏名 | 続柄 | 電話番号 | 住所 |
|---------|----|------|----|
| ① | | () | |
| | | () | |
| ② | | () | |
| | | () | |
| ③ | | () | |
| | | () | |

| 指定居宅介護支援事業者 | 電話番号 |
|-------------|------|
| | |