

# 記入例

## 《《救急医療情報シート》》

令和 元年 6月 1日作成

《写真》  
救急隊員が、本人であることを確認するために、できるだけ顔写真を貼ってください。

ふりがな	ちた たろう	性別	男・女
氏名	知多太郎	血液型	B型 Rh(+)・-
生年月日	大(昭) 8年 9月10日	住所	知多市〇〇字△△××番地
電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		

	持病	薬剤名	かかりつけ医療機関	医療機関電話番号
1	糖尿病	×××	〇〇市民病院	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
2	高血圧	〇〇〇	△△医院	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
3				
4				
5				

薬剤情報提供書が添付されていれば記入不要です。

特記事項（アレルギー、手術歴、特に配慮が必要なこと）

緊急連絡先氏名	続柄	住所
① 知多一郎	長男	知多市△△△2丁目〇〇番地 自宅 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 (電話番号) 携帯 △△△-△△△△-△△△△
② 緑町花子	長女	〇〇市△△△字□□××番地 (電話番号) 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

救急隊員への伝言など

感染症や、特定の病院でしか対応できない疾病があるなど、特別な対応が必要な場合にその内容を記入してください。

利用している居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所 〇〇〇〇〇		
担当ケアマネジャー氏名	○ 木 △ 子	電話番号	〇〇〇〇 〇〇-〇〇〇〇

※救急医療情報シートが必要な方は、長寿課で配付（市長寿課のホームページからダウンロード可）  
お問合せ先 知多市役所 長寿課 電話0562-36-2652