

年 月 日作成
年 月 日変更

本人情報

ふりがな		血液型		
本人氏名		型 Rh ()・不明		
生年月日	(大・昭・平) 年 月 日	性別	男	女
住所	大田原市	電話		

医療情報

かかりつけ病院	①	②
診療科目		
電話番号		
かかっている病気		
服薬内容: 薬剤情報提供書の写し・くすり手帳の写しなどを入れることで代えてください。		
生活保護	あり	なし

緊急連絡先

ふりがな		
氏名	①	②
続柄		
住所		
電話	(日中) (夜間)	(日中) (夜間)

救急隊への伝言・その他

容器内の情報は、救急隊と輸送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。

本人氏名

印

※ 記入方法は裏面を参照ください。

記入の仕方、注意事項

《本人情報について》

- ・ 生年月日 年については西暦または該当する年号を○で囲み、ご記入ください。
- ・ 血液型 お調べになったことがない等、わからない場合は「不明」を○で囲んでください。

《医療情報について》

- ・ かかりつけ病院の電話番号などは、正確に間違いのないよう記入してください。
- ・ 病院名は2か所記入できますが、身体情報をよく把握している病院を優先してご記入ください。
- ・ 服薬内容は、薬剤情報提供書の写し・くすり手帳の写しなどを入れることで代えてください。
- ・ 生活保護欄については、該当する方を○で囲んでください。

《緊急連絡先について》

- ・ 3人以上いる場合は、ご自身の状況を把握している方を優先してご記入ください。
- ・ 緊急連絡先「氏名」：ご家族以外の方でもかまいません。
- ・ 連絡先：日中と夜間の連絡電話番号を記入してください。

《救急隊への伝言・その他 の記入例》

- ・ 救急隊員に注意してほしいこと（搬送時など）
- ・ 緊急連絡先について補足事項（夜間に電話をかけられるのは誰か、など）
- ・ その他緊急時に役立つと思われること

《本人氏名の欄について》

内容をよく読み、同意いただいた上で、必ずご自身で氏名を記入し、ご自身の印鑑を押印してください。

※ 救急情報に変更があったときには、必ず内容を書き換えてください。
(変更した日付を右上の欄に記入してください。)