



救急医療情報用紙

(長崎県大村市)



<本人情報>

記入日
変更日

年
年

月
月

日
日

フリガナ	オオムラ タロウ	性別	生年月日
氏名	(例)大村 太郎	(男)・女	明治・大正 (例)8年 1月 1日 昭和・平成
住所	大村市〇〇町〇〇番	電話	固定 0957-〇〇-〇〇〇〇 携帯 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

<医療情報>

かかりつけ 医療機関	① (例)〇〇循環器内科	② (例)〇〇病院
	科 名:	科 名:(例)脳神経外科
	医師名: 〇〇 〇〇	医師名: 〇〇 〇〇〇
	(電話) 0957-〇〇-〇〇〇〇	(電話) 0957-〇〇-〇〇〇〇
疾患名	① (例)脳梗塞	③ (例)糖尿病
	② (例)心房細動	④ (例)血管性認知症
内服薬	お薬手帳を参照	アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> あり(造影剤) <input type="checkbox"/> なし

<緊急連絡先>

氏名	① (例)大村 次郎	② (例)大村 三郎
続柄	長男	次男
住所	(例)長崎市〇〇町……	(例)諫早市〇〇町……
電話	固定:0957-〇〇-〇〇〇〇	固定:090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	携帯:090-〇〇〇〇-〇〇〇〇	携帯:昼間と同じ

緊急連絡先
がない場合、
空欄でなく、
「なし」と記
入をしてくだ
さい。

<支援事業所・介護施設など>

担当者(職種)	① 〇〇 〇〇(ケアマネージャー)	② 〇〇 〇〇〇
事業所	(例)居宅介護支援事業所 〇〇〇〇	(例)ヘルパー事業所 〇〇〇〇
電話	0957-〇〇-〇〇〇〇	0957-〇〇-〇〇〇〇

<民生委員>

氏名	〇〇 〇〇〇	電話	0957-〇〇-〇〇〇〇
----	--------	----	--------------

<救急隊への伝言など>

※ 身体的な特徴等をお書きください

(例)脳梗塞の影響でろれつ障害、右片麻痺あり。
糖尿病でインスリン自己注射(朝・昼・夕食直前打ち)と血糖降下剤服用中。
低血糖発作がたまにある。