



救急医療情報用紙

(長崎県大村市)



< 本人情報 >

記入日
変更日

令和
令和

年
年

月
月

日
日

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日
住所		電話	固定 携帯

< 医療情報 >

かかりつけ 医療機関	①	②
	科名：	科名：
	医師名：	医師名：
	(電話)	(電話)
疾患名	①	③
	②	④
内服薬	お薬手帳を参照	アレルギー <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし

< 緊急連絡先 >

氏名	①	②
続柄		
住所		
電話	固定：	固定：
	携帯：	携帯：

< 支援事業所・介護施設など >

担当者(職種)	①	②
事業所		
電話		

< 民生委員 >

氏名		電話	
----	--	----	--

< 救急隊への伝言など >

※ 身体的な特徴等をお書きください

--

