



救急医療情報用紙

(長崎県大村市)



<本人情報>

記入日 令和 年 月 日
変更日 令和 年 月 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

--



急救医療情報