

様式第1号(第2条関係)

( 年 月 日 作成・変更)

救急情報シート

ふりがな 氏 名	生 年 月 日	性別	血液型
	年 月 日	男・女	型
電話番号	住 所		
( )			

	かかりつけ病院①	かかりつけ病院②
名称		
所在地		
電話番号		
科目及び担当医		
病名		
服薬内容		

ふりがな 緊急連絡先氏名	続柄	住 所	電話番号
			( )
			( )

\*介護保険サービスを受けている方は記入してください。

指定居宅介護支援事業所	電話番号	所在地
	( )	

その他(救急隊及び医師への伝言)	
------------------	--

同意欄	容器の中に入っている情報を救急隊と搬送先の病院が救急医療に活用することに同意します。	
	本人氏名	印