

(様式 1)

救急情報

令和 年 月 日 記載
令和 年 月 日 変更

(ふりがな)	性別	生年月日	血液型
氏名	男・女	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (才)	型
住所：南知多町		電話番号：	
緊急時連絡先① 氏名： (関係)		電話番号：① ②	
緊急時連絡先② 氏名： (関係)		電話番号：① ②	

治療中の病名	かかりつけ病院名	担当医師名 (診療科目)	電話番号
		(科)	
		(科)	
		(科)	

現在飲んでいるお薬の名前 (薬の説明書やお薬を容器 に入れると省略できます)		

既往歴 (何才時) (大きな病気・手術など)		

特記事項 (アレルギーの有無など)	
----------------------	--

支援事業者など	事業者名/担当者名	電話番号
	/	
	/	

救急隊員に伝えたいこと：

注意：救急時は、正しい情報が必要です。医療情報が変更した時には、書き換えましょう。
※救急搬送先の病院を決めるにあたり、ご本人の状態によっては「かかりつけ医療機関」に搬送できない場合があります。また、「救急隊に伝えたいこと」は必ずしもその伝言を実行できるものではありません。 ※この用紙は、南知多町社会福祉協議会に置いてあります。