

救 急 情 報 用 紙

年 月 日作成
年 月 日更新

氏 名 (フリガナ) _____	生年月日 明治・大正 昭和・平成 令和 年 月 日	性別 男・女	血液型 (RH +・-) A・B・O・AB
電話番号 — —	住 所 〒 — 村上市	健康保険証 種類 国保・後期・社保・他 記号 番号	

①基本情報 (あてはまるものを○で囲む)

世帯区分	ひとり暮らし(高齢者・障害者)・高齢者のみ世帯・日中一人になる高齢者・その他()		
介護認定	非該当・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5・未申請		
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳		
	等級	1級・2級・3級・4級・5級・6級	
	種類	肢体不自由・聴覚・視覚・心臓・呼吸器・膀胱・直腸・その他()	
	<input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳	備考
	等級	A・B	等級 1級・2級・3級
近所に支援者	いない・いる()	訪問・通所サービス利用	なし・あり()

②医療情報 (救急車で搬送するときに速やかに対応するための情報です。)

かかりつけの医療機関	かかりつけの医療機関(その1)	かかりつけの医療機関(その2)	かかりつけの医療機関(その3)
名称			
受診科目 担当医師			
所在地			
電話番号	— —	— —	— —

現在治療中の疾病等 (あてはまるものを○で囲む)				普段飲んでいる薬			
糖尿病	心臓病	脳卒中(脳梗塞・脳出血)	腎臓病	※調剤薬局でもらった「おくすりカード」などを同封しておきましょう。 ・薬の保管場所:			
肝炎(A型・B型・C型)	胃かいよう	ぜんそく					
高血圧	高脂血症	がん(部位:)					
精神神経疾患	結核	感染症()					
その他()							
<input type="checkbox"/> 糖尿病の方	→	インスリン投薬	あり・なし	低血糖発作	ある・ない		
<input type="checkbox"/> 心臓病・脳卒中の方	→	血液凝固防止剤(血液をサラサラにする薬)の服薬			あり・なし		
<input type="checkbox"/> その他	→	ニトロ所持	ペースメーカー埋込	在宅酸素	人工透析	ストマ	
<input type="checkbox"/> アレルギーのある方	→	鼻炎	ぜん息	結膜炎	じんましん	皮膚炎	胃腸炎
		食物()			その他アレルギー()		
過去にかかった重大な病気等				(時期:) 年頃)			
救急隊への伝言							

③連絡先 (緊急の時に連絡する人)

No.	緊急連絡先(親族)氏名	本人との続柄	電話番号	住 所
1				
2				

④居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、自立支援計画作成事業所 (ケアマネジャーなどがいる人)

No.	居宅介護支援事業所等の名称	電話番号	ケアマネジャーや担当者の名前
1			