

医療情報用紙

平成 年 月 日作成
平成 年 月 日変更

1. 利用者(ご本人) 情報

ふりがな 氏 名	生年月日		性 別	血液型
	明・大 昭	年 月 日	男・女	型
電話番号	住 所			
()				

2. かかりつけ医情報

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
医療機関の名称		
科目及び担当医		
現在治療中の病名		
電 話 番 号		

3. 緊急連絡先情報

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

4. 服薬情報等

服薬内容(薬剤情報提供の写しなど)	持 病	アレルギー

※裏面に続く

5. 指定居宅介護支援事業者

指定居宅介護支援事業者	所在地	電話番号

6. その他

その他 (救急隊員への伝言など)	
---------------------	--

同意欄	この用紙及び容器の中に入っている救急情報を、救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。		
	本人氏名		印鑑又はサイン
	代筆氏名・続柄		印鑑又はサイン

●医療機関へのお願い

使用後は必ず、ご本人又はご家族に救急医療情報キット(医療情報用紙、服薬情報等含む)をお返し下さい。

※別紙「記入の仕方・注意事項」をご参照ください。

※お問い合わせ先 白石市役所民生部長寿課高齢福祉係 電話番号0224-22-1361