

医療情報用紙

平成23年12月 1日作成
平成24年 2月 1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
しろいし はなこ 白石 花子	明・大 昭 13年12月1日	男・女	O型
電話番号	住 所		
0224(22)1361	白石市福岡蔵本字茶園62-1		

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	白石 医院	大手町医院
科目及び担当医	内科 真田 太郎	整形外科 村田 小十郎
現在治療中の病名	高血圧	腰痛
電 話 番 号	0224-22-0000	0224-22-0001

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
しろいし たろう 白石 太郎	長男	日中 090(1111)1111	白石市大手町1-1
		夜間 0224(22)3131	
かたくら かずこ 片倉 和子	長女	日中 0224(22)1112	白石市大手町2-2
		夜間 同上()	

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
インダパミド(朝・昼・晩 1日2錠)	高血圧	ピリンアレルギー

※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
白石市在宅介護支援センター片倉	白石市大手町3-3	0224-22-2222

6. その他

その他 (救急隊員への伝言など)	腰痛持ちなので、搬送時は優しく願います。
---------------------	----------------------

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	白石太郎 長男	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

記入の仕方・注意事項

〔利用者(ご本人)情報について〕

氏名：救急隊員等に読み方が分かるよう、ふりがなを記入してください。
生年月日：該当する年号を○で囲み、年月日をご記入下さい。
血液型：分からない場合は「不明」と記入してください。
住所：アパート名、部屋番号まで必ずご記入ください。

〔かかりつけ医情報について〕

かかりつけ医療機関名欄の連絡先は、正確に間違わないように記入してください。
医療機関名は2箇所記入できますが、現在、治療中もしくは身体状況をよく把握している医療機関を優先して記入してください。

〔緊急連絡先情報について〕

3人以上いる場合は、ご自身の現在の状況を把握している方を優先してご記入ください。

緊急連絡先氏名：ご家族以外のご近所の方でもかまいません。

電話番号：日中と夜間つながる番号をご記入ください。

〔服薬内容・持病・アレルギーについて〕

服薬内容については、薬剤情報提供書の写し・くすり手帳の写し・薬袋などを入れることで代えて下さい。

〔指定居宅介護支援事業者について〕

連絡先：ケアマネージャー等に確認し、電話番号も必ずご記入ください。

〔その他欄について〕（記入例）

- 特定の病院でしか対応できない特殊疾病がある場合についての病院との取り決めごとなど
- 救急隊員に特に注意してほしいこと（搬送時など）
- 緊急連絡先についての補足事項（夜間に電話をかけるのは誰か、など）
- その他緊急時に役立つと思われること

〔同意欄について〕

内容をよく読み、同意いただいた上で、必ずご自身で氏名を記入してください。
代筆の場合は、代筆の欄に代筆した方の氏名、ご関係もあわせて記入し、代筆者ご本人の印鑑を押印またはサインをしてください。

〔医療機関へのお願い〕

- 指定居宅介護支援事業者欄は、退院等に伴うケアプランなどの変更等で、ご本人や親族が連絡できない場合にご活用をお願いします。
- 救急活動によって、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。

※医療情報の内容に変更があったときは必ず内容を書き換えてください。
（変更した日付を医療情報用紙表面右上の欄に記入してください。）

※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