

救急情報

平成 年 月 日記載
平成 年 月 日変更

(ふりがな) 氏名	男 女	生年月日 M・T・S 年 月 日(才)	血液型 型(Rh)
住所：徳之島町		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	

かかりつけ病院	①	②
科目・担当医		
電話番号		
現在治療中の病気		
服薬内容	※薬剤情報提供書（病院の処方薬の説明書）も容器に入れてください。	
既往歴（何才時） （大きな病気・手術など）		
特記事項 （アレルギーなど）		

	事業者名／担当者名	電話番号
介護支援事業者など	/	

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。医療情報の変更時には、書き換えましょう。
※この用紙は、徳之島町役場介護福祉課及び社会福祉協議会に置いてあります。
※医療機関で使用した場合、救急情報医療キッド一式をご本人へ返却してください。

記入の仕方

【ご本人の情報について】

1. 生年月日は、該当する年号に○を付けてご記入ください。

【緊急時連絡先について】

1. ご本人の状況を把握している方を優先してお書きください。
2. ご家族以外の方でも構いません。
3. 「関係」には、ご本人との関係をお書きください。(例：息子・隣人など)
4. 電話番号は、連絡の取りやすい番号を①に、その他の番号があれば②にお書きください。(例：①には、携帯電話の番号、②には、自宅の番号など)

【医療の情報について】

1. 持病をお持ちの方は、治療中の病名に記入し、その主治医の医療機関名、担当医師名、診療科目、電話番号をお書きください。
2. 現在飲んでいるお薬の名前は、ご記入ではなく、お薬手帳の写しや、薬局でもらう薬の説明書、薬袋などを入れることでも構いません。
3. 既往歴には、大きな病気や手術などをお書きください。ご不明な場合には、主治医に「既往歴として書く必要がある病名か？」ご相談ください。
4. 特記事項には、特定の病院でしか対応できない特殊なご病気をお持ちの場合や、主治医との決め事、アレルギーがあって使用できない薬剤名などをお書きください。

【介護支援事業者について】

1. ケアマネージャーやヘルパー、訪問看護師など日常的に関わっている支援事業所名と、担当者名、電話番号をお書きください。

【救急隊員に伝えたいことについて】

1. 特記事項以外に伝えておきたいことがありましたら、ご記入ください。

注意事項

1. 内容に変更があった場合には、書き換えをし、右上の変更日時も記載をお願いします。
2. この「救急情報キット」は、救急隊が救急活動に必要と判断した場合に活用します。そのため、病状などによっては、活用されない場合もあります。
3. 救急隊が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。