緊 急 医 療 情 報 シ ー ト

令和　　年　　月　　日作成

（ふ り が な） 氏　　名	生　年　月　日	性別	血液型
	明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日生	男・女	型

住　　所	電　話　番　号
有田町　　番地	

緊急連絡先：ご自身の状況を把握している方を優先して記入してください。
１名は必ず、親族の方を記入してください。親族のいない方は近所の人でもかまいません。

緊急連絡先氏名	ご関係	電話番号	住　　所
①			
②			

※電話番号は日中と夜間につながる番号を記入してください。

医療機関：身体の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。

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
病　院　名		
電 話 番 号		
薬剤アレルギーはありますか	ある　・　ない	
現在飲んでいる薬はありますか	「ある」場合は、該当するものを〇で囲み、「薬剤情報提供書」の写しなどを入れてください。 １　喘息薬　　２　糖尿病薬　　３　狭心症治療薬	
持病はありますか	「ある」に〇をされた方は、次の疾患名に〇をされるか、「その他」欄に記入してください。　ある　・　ない 心疾患・脳疾患・呼吸器・肝疾患・腎疾患・消化器・高血圧 糖尿病・悪性腫瘍・精神病・その他（　　）	

介護保険サービス	いずれかを〇で囲んでください。 利用している　・　利用していない	介護保険の事業所名 事業所： 電話番号：　　（　　）

その他　緊急時に役立つと思われること（病院との取り決め、救急隊に注意してほしいこと等）