

救急医療情報

令和 年 月 日 記入

氏名				性別	男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	
住所	関市					電話番号					
かかりつけの病院	1	病院名				電話番号					
		住所				診察券番					
	2	病院名				電話番号					
		住所				診察券番					
持病名											
服薬名											
緊急時の連絡先	家族(1)	氏名				続柄			自宅電話番号		
		住所						携帯電話番号			
	家族(2)	氏名				続柄			自宅電話番号		
		住所						携帯電話番号			
	近所で頼れる方	氏名						自宅電話番号			
		住所						携帯電話番号			
	民生委員	氏名						自宅電話番号			
	福祉委員	氏名						自宅電話番号			
	氏名						自宅電話番号				
	氏名						自宅電話番号				
記入者	本人 ・ 代理人										

1. 緊急時における情報をわかる範囲で記入ください。
2. かかりつけの病院は、概ね1年以内に通院している病院を記入ください。
3. 記入後、救急医療情報をビンの中に入れ、ふたをして、冷蔵庫に保管してください。