

救急医療情報シート

下記内容を、消防・医療機関・行政関係者等が活用することに同意します。

氏名 _____

年 月 日現在

ふりがな あなたの名前		男 ・ 女	明 治 大 正 昭 和	年 月 日
あなたの住所	生駒市	電話番号		
既 往 歴		血液型	型	
通 院 状 況	通院している病院名	現在通院している病名		
	電話番号			
	電話番号			
	電話番号			
アレルギーの有無（有・無）とアレルギーの内容（ ） 普段飲んでいるお薬の有無（有・無）とお薬の種類や名称（ ）				
緊 急 連 絡 先	ふりがな 氏 名	続 柄	電 話	住 所
介護保険サービス 利用ありの方	ケアマネジャー事業所名・電話 TEL			担当ケアマネジャー氏名
担当民生委員	氏 名		電話番号	

※本人の顔写真、お薬手帳のコピー、保険証のコピーを添付しておくことでより安心です（貴重品は絶対に入れないでください）。

救急医療情報キット

生駒市

山折り