

※ 内容に変更が生じたときには、ご自身で修正してください。

令和 年 月 日作成

顔写真

救急医療情報提供書

私は、災害や救急時に、容器に入っている個人情報と搬送先の医療機関及び支援者に提供し、救急医療及び災害時の支援活動に活用することに同意します。

氏名	生年月日	性別
	明・大 昭・平・令 年 月 日	男・女
住所	電話番号	
府中市	自宅 () 携帯 ()	

同居家族

氏名	続柄	生年月日	氏名	続柄	生年月日

緊急連絡先(親族)

緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	住所
		自宅 () 携帯 ()	
		自宅 () 携帯 ()	

かかりつけ医療機関、持病について(診察券のコピーを添付してください。)

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
名称		
担当科及び担当医		
所在地		
電話番号		
病名		

お薬について(薬剤情報提供書を別紙に添付してください。)

飲み薬	有・無	血圧	心臓病	糖尿病	その他()
ぬり薬・はり薬	有・無	心臓病	皮膚疾患	その他()	
注射など	有・無	インスリン(糖尿病)	その他()		
服薬の管理	自分でできる ・ 自分でできない				

健康に関する状況(下の該当する所に○印をつけてください。)

体温・血圧	平熱	度	平常時血圧	上		下	
血液型	A	B	O	AB	RH	+	-
アレルギー	有・無	食べ物() 薬() その他()					
大きな病気をしたことが ありましたらご記入ください。							

要介護認定や障害者手帳の所持の状況(下の該当するところに○印をつけてください。)

要支援 : 1 ・ 2	要介護 : 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
身体障害者手帳 (級)	精神障害者保健福祉手帳 (級)	愛の手帳 (度)

ケアマネジャーがいましたらご記入ください。

事業所名		電話	
------	--	----	--

お体の状況(下の該当するところに○印をつけてください。)

視力	普通に見える	大体見えるが不完全	見えない	
聴力	普通に聞こえる	大声でないと聞こえない	聞こえない	
意思疎通	普通に話せる	いくらか困難	話すことができない	
移動	自分で歩ける	杖を使用	車椅子を使用	寝たきり

日常生活で使用しているもの(下の該当するところに○印をつけてください。)

ペースメーカー	人工肛門	尿道カテーテル	在宅酸素	人工透析
オムツ	めがね	コンタクトレンズ	入れ歯	補装具()

その他(救急隊員・支援者に伝えたいこと。避難所で不安なこと。)

--

同封する書類:コピー可(下の該当するところに○印をつけてください。)

健康保険証	診察券	薬剤提供書
その他()		