

救急医療情報キットをお持ちの方は
定期的に救急医療情報提供書の内容を更新しましょう!

救急医療情報キットをすでにお持ちの方で、「救急医療情報提供書」の記載内容に変更がある場合は、右ページの切り取り線に沿って切り取り、必要事項をご記入のうえ救急医療情報キットの中身と交換してください（交換に伴う、市役所への届け出は不要です。）。

(1) 救急医療情報キットとは

救急時、災害時に必要な、「かかりつけ医療機関」「服薬内容」「持病」「緊急連絡先」などの情報を記入した専用の用紙や、保険証・資格確認書、診察券のコピーなどをキット（筒）に入れて冷蔵庫の中に保管していただくものです。

このキットは、災害が発生し、または災害が発生するおそれがあり、避難が必要な場合は支援者が取り出し、避難所に持って行きます。また、救急時（119番出動）に本人が病状などを説明することが出来ない場合、救急隊が冷蔵庫から取り出し、保管された情報を救急活動に役立てます。

(2) 救急医療情報キットに入れるもの

- ① 救急医療情報提供書
- ② 本人顔写真（①に貼り付ける用）
- ③ 健康保険証または資格確認書（写し）
- ④ 診察券（写し）
- ⑤ 薬剤情報提供書（現在服用中の薬がわかるもの）
- ⑥ その他、救急・災害時に必要と思われる情報
※ ②～⑥はご本人に用意していただくものです。
- ⑦ 避難支援カード
※ 避難行動要支援者名簿に登録し、かつ支援者が決まっている方が該当



新たに救急医療情報キットを希望の方は、
72ページ「3) 避難行動要支援者名簿登録・救急医療情報キット配付」事業をご覧ください。

※ 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
(40mm×30mm)

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 年 月 日 昭・平・令	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		

切り取り線

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。							

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 (級)	

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

日常生活で使用するもの(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・資格確認書	診察券	薬剤提供書	その他 ()
-------------	-----	-------	------------------------------

切り取り線