

# 《 救急情報シート 》

※ 3人目以降の記載は裏面へ

|            |          |             |      |
|------------|----------|-------------|------|
| <b>住 所</b> | 雲南市掛合町掛合 | <b>電話番号</b> | (自宅) |
|------------|----------|-------------|------|

|      |      |               |                                |       |              |       |              |   |      |                 |  |  |   |   |   |
|------|------|---------------|--------------------------------|-------|--------------|-------|--------------|---|------|-----------------|--|--|---|---|---|
| 世帯員  | ①    | フリガナ          |                                |       | 性別           | 男     | ・            | 女 | 生年月日 | 天・明<br>昭・平<br>令 |  |  |   |   |   |
|      |      | 氏名            |                                |       |              |       |              |   |      |                 |  |  |   |   |   |
|      |      | 血液型           | A ・ B ・ AB ・ O<br>( RH + ・ - ) |       | 電話番号<br>(携帯) |       |              |   |      |                 |  |  |   |   |   |
|      |      | 障がい<br>の有無    | (内容および留意事項)                    |       |              |       |              |   |      |                 |  |  | 有 | ・ | 無 |
|      |      | かかりつけ<br>医療機関 | 医療機関名                          |       |              |       | 診療科<br>(担当医) |   |      |                 |  |  |   |   |   |
|      |      |               | 所在地                            |       |              |       | 電話番号         |   |      |                 |  |  |   |   |   |
|      |      | 主な病名          |                                |       |              | 服薬内容  |              |   |      |                 |  |  |   |   |   |
|      | 特記事項 |               |                                |       | アレルギー        |       | 有 ( )        |   |      |                 |  |  |   |   |   |
|      | ②    | フリガナ          |                                |       | 性別           | 男     | ・            | 女 | 生年月日 | 天・明<br>昭・平<br>令 |  |  |   |   |   |
|      |      | 氏名            |                                |       |              |       |              |   |      |                 |  |  |   |   |   |
|      |      | 血液型           | A ・ B ・ AB ・ O<br>( RH + ・ - ) |       | 電話番号<br>(携帯) |       |              |   |      |                 |  |  |   |   |   |
|      |      | 障がい<br>の有無    | (内容および留意事項)                    |       |              |       |              |   |      |                 |  |  | 有 | ・ | 無 |
|      |      | かかりつけ<br>医療機関 | 医療機関名                          |       |              |       | 診療科<br>(担当医) |   |      |                 |  |  |   |   |   |
|      |      |               | 所在地                            |       |              |       | 電話番号         |   |      |                 |  |  |   |   |   |
| 主な病名 |      |               |                                |       | 服薬内容         |       |              |   |      |                 |  |  |   |   |   |
| 特記事項 |      |               |                                | アレルギー |              | 有 ( ) |              |   |      |                 |  |  |   |   |   |

※ 3人目以降の記載は裏面へ

|              |                |              |            |      |      |          |  |  |  |
|--------------|----------------|--------------|------------|------|------|----------|--|--|--|
| 緊急連絡先        | 第一連絡先          | 氏名           | 続柄 (同居 ・ ) |      | 電話番号 | 自宅       |  |  |  |
|              |                |              |            |      |      | 携帯       |  |  |  |
|              | 住所<br>・<br>勤務先 | 名称           |            |      |      | 電話番号 ( ) |  |  |  |
|              |                | 住所<br>(電話番号) |            |      |      |          |  |  |  |
| 第二連絡先        | 氏名             | 続柄 (同居 ・ )   |            | 電話番号 | 自宅   |          |  |  |  |
|              |                |              |            |      | 携帯   |          |  |  |  |
|              | 住所<br>・<br>勤務先 | 名称           |            |      |      | 電話番号 ( ) |  |  |  |
| 住所<br>(電話番号) |                |              |            |      |      |          |  |  |  |

|     |           |           |                      |  |              |              |       |                 |  |   |  |
|-----|-----------|-----------|----------------------|--|--------------|--------------|-------|-----------------|--|---|--|
| 世帯員 | ③         | フリガナ      |                      |  | 性別           | 男・女          | 生年月日  | 大・明<br>昭・平<br>令 |  |   |  |
|     |           | 氏名        |                      |  |              |              |       |                 |  |   |  |
|     |           | 血液型       | A・B・AB・O<br>(RH + -) |  | 電話番号<br>(携帯) |              |       |                 |  |   |  |
|     |           | 障がいの有無    | (内容および留意事項)<br>有     |  |              |              |       |                 |  | 無 |  |
|     | かかりつけ医療機関 | 医療機関名     |                      |  | 診療科<br>(担当医) |              |       |                 |  |   |  |
|     |           | 所在地       |                      |  | 電話番号         |              |       |                 |  |   |  |
|     | 主な病名      |           |                      |  |              | 服薬内容         |       |                 |  |   |  |
|     | 特記事項      |           |                      |  |              | アレルギー        | 有 ( ) |                 |  |   |  |
|     | ④         | フリガナ      |                      |  | 性別           | 男・女          | 生年月日  | 大・明<br>昭・平<br>令 |  |   |  |
|     |           | 氏名        |                      |  |              |              |       |                 |  |   |  |
|     |           | 血液型       | A・B・AB・O<br>(RH + -) |  | 電話番号<br>(携帯) |              |       |                 |  |   |  |
|     |           | 障がいの有無    | (内容および留意事項)<br>有     |  |              |              |       |                 |  | 無 |  |
|     |           | かかりつけ医療機関 | 医療機関名                |  |              | 診療科<br>(担当医) |       |                 |  |   |  |
|     |           |           | 所在地                  |  |              | 電話番号         |       |                 |  |   |  |
|     |           | 主な病名      |                      |  |              |              | 服薬内容  |                 |  |   |  |
|     |           | 特記事項      |                      |  |              |              | アレルギー | 有 ( )           |  |   |  |
| ⑤   |           | フリガナ      |                      |  | 性別           | 男・女          | 生年月日  | 大・明<br>昭・平<br>令 |  |   |  |
|     |           | 氏名        |                      |  |              |              |       |                 |  |   |  |
|     |           | 血液型       | A・B・AB・O<br>(RH + -) |  | 電話番号<br>(携帯) |              |       |                 |  |   |  |
|     |           | 障がいの有無    | (内容および留意事項)<br>有     |  |              |              |       |                 |  | 無 |  |
|     | かかりつけ医療機関 | 医療機関名     |                      |  | 診療科<br>(担当医) |              |       |                 |  |   |  |
|     |           | 所在地       |                      |  | 電話番号         |              |       |                 |  |   |  |
|     | 主な病名      |           |                      |  |              | 服薬内容         |       |                 |  |   |  |
|     | 特記事項      |           |                      |  |              | アレルギー        | 有 ( ) |                 |  |   |  |

※この用紙は、保管容器に入れて冷蔵庫に保管してください

※この用紙は、緊急時に救急隊員が確認するためのものですので、出来るだけ詳しく記入してください

※保管容器には、この用紙の他に本人確認のための写真、健康保険証(写)等入れておくと緊急時に役立ちます

※個人情報を記載しますので、取扱いには十分注意してください

|    |                 |      |                     |
|----|-----------------|------|---------------------|
| 住所 | 雲南市掛合町掛合 2151-1 | 電話番号 | (自宅) (0854) 62-0189 |
|----|-----------------|------|---------------------|

|           |           |  |           |              |              |                         |          |     |     |    |   |
|-----------|-----------|--|-----------|--------------|--------------|-------------------------|----------|-----|-----|----|---|
| 世帯員       | フリガナ      | カケヤ タロウ  |           | 性別           | 男・女          | 生年<br>月日                | 大・明      | 昭・平 | 15  | 4  |   |
|           | 氏名        | 掛合 太郎  |           |              |              |                         | 昭        |     |     |    | 1 |
|           | 血液型       | A・B・AB・O<br>(RH + -)   |           | 電話番号<br>(携帯) |              | 090-0000-0000           |          |     |     |    |   |
|           | 障がいの有無    | (内容および留意事項)<br>有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>          |           |              |              |                         |          |     |     |    |   |
|           | かかりつけ医療機関 | 医療機関名  | 掛合診療所     |              | 診療科<br>(担当医) | 雲南先生                    |          |     |     |    |   |
|           |           | 所在地  | 掛合町掛合00-0 |              | 電話番号         | 62-0000                 |          |     |     |    |   |
|           | 主な病名      | 高血圧  |           |              | 服薬内容         | 000錠                    |          |     |     |    |   |
|           | 特記事項      |  |           |              | アレルギー        | 有 <input type="radio"/> |          |     |     |    |   |
|           | 世帯員       | フリガナ   | カケヤ ハナコ   |              | 性別           | 男・女                     | 生年<br>月日 | 大・明 | 昭・平 | 18 | 5 |
|           |           | 氏名   | 掛合 花子     |              |              |                         |          | 昭   |     |    |   |
| 血液型       |           | A・B・AB・O<br>(RH + -)   |           | 電話番号<br>(携帯) |              | なし                      |          |     |     |    |   |
| 障がいの有無    |           | (内容および留意事項)<br><input checked="" type="radio"/> 有 足が悪く歩行困難 <input type="radio"/> 無 |           |              |              |                         |          |     |     |    |   |
| かかりつけ医療機関 |           | 医療機関名  | 〇〇市立病院    |              | 診療科<br>(担当医) | 〇〇先生                    |          |     |     |    |   |
|           |           | 所在地  | 松江市〇〇     |              | 電話番号         | (0852) 〇〇-0000          |          |     |     |    |   |
| 主な病名      |           | 糖尿病  |           |              | 服薬内容         | ・ 〇〇〇〇錠<br>・ 〇〇〇〇       |          |     |     |    |   |
| 特記事項      |           | 普段車イスで移動   |           |              | アレルギー        | 有 <input type="radio"/> |          |     |     |    |   |

※3人目以降の記載は裏面へ

|       |              |                                 |                                     |      |               |               |         |  |  |
|-------|--------------|---------------------------------|-------------------------------------|------|---------------|---------------|---------|--|--|
| 緊急連絡先 | 第一連絡先        | 氏名                              | 掛合 二郎                               |      | 電話番号          | 自宅            | 62-0189 |  |  |
|       |              | 続柄                              | 子 <input type="radio"/> (同居・別)      |      | 携帯            | 090-0000-△△△△ |         |  |  |
|       | 住所<br>勤務先    | 名称                              | 〇〇事務所                               |      |               |               |         |  |  |
|       |              | 住所<br>(電話番号)                    | 出雲市△△町〇〇<br>電話番号 ( (0853) ××-0000 ) |      |               |               |         |  |  |
| 第二連絡先 | 氏名           | 多根 礼子                           |                                     | 電話番号 | 自宅            | 62-0000       |         |  |  |
|       | 続柄           | 隣人 <input type="radio"/> (同居・別) |                                     | 携帯   | 090-△△△△-×××× |               |         |  |  |
|       | 住所<br>勤務先    | 名称                              |                                     |      |               |               |         |  |  |
|       | 住所<br>(電話番号) | 掛合町掛合〇〇〇〇 (左隣りの家)<br>電話番号 ( )   |                                     |      |               |               |         |  |  |