



救急医療情報シート

令和 年 月 日 作成
令和 年 月 日 変更

氏名、生年月日、住所等の基本項目を記入してください。

ふりがな			血液型	
本人氏名			型Rh()・不明	
生年月日	(大・昭・平・令)	年 月 日	性別	男 ・ 女
住 所	王寺町 丁目			
電 話	() —			
健康保険	国保 ・ 後期高齢者 ・ 社保 ・ 共済 ・ その他()			

緊急連絡先を記入してください。

氏 名	続柄等	電 話 番 号	住 所
①		(日中) (夜間)	
②		(日中) (夜間)	
③		(日中) (夜間)	

居宅介護支援(介護予防サービス)事業者等について記入してください。

事業所名		電 話	
担 当 者			

救急隊員への伝言・その他

裏面もご記入ください。

治療中の病気があれば、病名と受診している医療機関等について記入してください。

病 名	医 療 機 関 名 ・ 主 治 医 名	薬 の 名 前
①	(電話番号)	
②	(電話番号)	
③	(電話番号)	
④	(電話番号)	
特記事項(アレルギー、今までの大きな病気・手術など)		

記入の仕方、注意事項

血液型 : 調べたことがない等、わからない場合は「不明」を○で囲んでください。

住所 : アパート、マンション名、部屋番号まで必ず記入してください。

《緊急連絡先》 2人以上いる場合は、ご自身の状況を把握している方を優先して記入してください。
遠くの親族やご家族の方以外でもかまいません。
日中と夜間につながる電話番号を記入してください。

《居宅介護支援(介護サービス)事業者》
介護サービスを受けている方は、ケアマネージャーに確認し電話番号も記入してください。

《かかりつけ病院等》
服薬内容は、お薬手帳や、薬局で受け取る薬の説明書などを入れていただいても結構です。
アレルギーがある場合や今までの大きな病気・手術について、記入してください。

《顔写真》 緊急時の本人確認のため、顔写真(スナップ写真等)を表面に貼ってください。

※内容に変更があった場合は、必ず内容を書き換えてください。変更部分に二本線を引き、余白に変更後の内容を記入してください。
変更した日時を表面右上に記入してください。

写真・薬の説明書等添付シート