

救急医療情報シート

同意欄	私は、万一の事態が発生した場合には、以下の情報が市及び関係機関（警察署、消防署、医療機関等）へ提供され活用されることに同意します。	
	利用者氏名	

◎救急キット（筒）の中には、保険証の写しや薬局からもらった現在服用中のお薬の説明書を入れておくと良いでしょう。

◎あんしんキーホルダーをお持ちのかたへ…利用者情報に変更があった場合は、担当の地域包括支援センターへご連絡ください。

1 利用者情報

ふりがな氏名		生年 月 日	T・S H・R	年 月 日	電話	自宅： 携帯：
住所	三鷹市					
緊急連絡先 ①※必須	ふりがな氏名： 住所：	続柄 ()	電話 自宅： 携帯：			
緊急連絡先 ②※任意	ふりがな氏名： 住所：	続柄 ()	電話 自宅： 携帯：			
かかりつけ医療機関①		病院 ()	科)	電話：		
かかりつけ医療機関②		病院 ()	科)	電話：		

2 保管情報

要介護認定	1 未申請 2 申請中 3 非該当 4 要支援 () 5 要介護 () 6 事業対象者					生物学的性別 男・女
ケアマネジャー	(※いなければ地域包括支援センター) 事業所： 担当者： 電話：				介護保険被保険者番号	
病歴						
服薬内容	(薬剤情報提供書の写しを添付していただければ記入は不要です。) かかりつけ薬局があればご記入ください ()					
その他	(救急隊員への伝言・障がいの内容など)					

①登録番号	—
-------	---