

救急医療情報シート

同意欄	ご本人に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。		
	本人氏名	印鑑またはサイン	

1 更新情報 (※あんしんキーホルダーをお持ちのかたへ…次の項目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)

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：	続柄 ()	電話 自宅： 携帯：		備考
	住所：				
緊急連絡先 ②※任意	ふりがな 氏名：	続柄 ()	電話 自宅： 携帯：		備考
	住所：				
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 (※あんしんキーホルダーをお持ちのかたへ…次の項目に変更があった場合は、担当地域包括支援センターへのご連絡は不要です)

要介護認定	1 未申請 2 申請中 3 非該当 4 要支援 ()	血液型	生物学的性別
	5 要介護 () 6 事業対象者	型 +・-	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。)		
その他	(救急隊員への伝言・障がいの内容など)		