

救急医療情報シート

同意欄	容器の中に入っている情報を、救急医療に活用することに同意します。		
	本人氏名		印鑑またはサイン

フリガナ氏名	生年月日	年齢	性別	血液型
	明・大 昭・平	年 月 日	歳 男・女	型 +・-
電話番号	住 所			
	三鷹市			

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
名称		
科 担 当 医		
所在地		
電話番号		

緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	住 所

服薬内容（薬剤情報提供書の写しなど）	病 歴

その他 (救急隊員への伝言 障がいの内容など)	
-----------------------------------	--

指定居宅介護支援事業者又は 地域包括支援センター	電話番号	所在地