

救急医療情報シート										
個人情報		記入日	新規	平成	年	月	日	作成		
			変更	平成	年	月	日	作成		
			変更	平成	年	月	日	作成		
			変更	平成	年	月	日	作成		
住所	白井市									
ふりがな		電話								
氏名		FAX								
		携帯電話								
性別	男・女	生年月日	明治 昭和	大正 平成	年	月	日			
緊急時の家族や友人などの連絡先を記入してください。										
緊急連絡先	①	住所								
		ふりがな	電話							
		氏名	携帯電話	本人との関係						
	②	住所								
		ふりがな	電話							
		氏名	携帯電話	本人との関係						
加入健康保険	国保 社保 後期高齢 その他()									
【障害者手帳をお持ちの方】										
障害者手帳の種類・等級	種類							等級		
ケアマネジャー・施設関係 担当者										
支援事業者									担当者	
所在地										
電話番号										
訪問看護 担当者										
支援事業者									担当者	
所在地										
電話番号										
地域包括支援センター 担当者										
地域包括支援センター	白井市地域包括 ・ 白井駅前地域包括 ・ 西白井駅前地域包括									
電話番号	夜間・休日の緊急時は、下記まで (白井市役所) 047-492-1111									

ボトルに入れて必ず本人に返却してください。

救急医療情報シート									
医療情報		記入日	新規	平成	年	月	日	作成	
			変更	平成	年	月	日	作成	
			変更	平成	年	月	日	作成	
			変更	平成	年	月	日	作成	
かかりつけ医療機関		かかりつけ医療機関							
住所		住所							
電話番号		電話番号							
診察券番号		診察券番号							
担当医	科	医師							
科目	あてはまるものに○をしてください。				科目	あてはまるものに○をしてください。			
在宅医療					在宅医療				
内科	外科	整形外科	脳神経外科		内科	外科	整形外科	脳神経外科	
精神科	泌尿器科	呼吸器科	循環器科		精神科	泌尿器科	呼吸器科	循環器科	
その他 ()					その他 ()				
現在治療中の病名を記入してください。					現在治療中の病名を記入してください。				
これまでにかかったことのある病名を記入してください。									
お薬手帳、または薬の説明書をコピーして、ボトルに入れてください。									
普段の生活	寝たきり 車いす 歩行(杖 シルバーカー 自力)								
アレルギー									
備考(その他、救急隊・医療機関にお伝えしたいことがありましたら記入してください。)									
※内容に変更が生じた場合は、赤字で修正してください。									