

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						
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。									