

救急医療情報シート

追加情報

氏 名

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

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。

救急搬送された場合・入院された場合は、下記に記入してください

月 日

診断名 or 症状

救急搬送先病院名・入院病院名

(備考)