

救急医療情報シート

年 月 日 作成
年 月 日 変更

ふりがな		血液型		
本人氏名		型 Rh () ・不明		
生年月日	(明・大・昭・平)	年	月	日
		性別	男	女
住所	うるま市	電話		

医療情報

かかりつけ病院	①	②
科目・担当医		
住所		
電話		
かかっている病気		
服薬内容		
特記事項 (アレルギーなど)		

緊急連絡先

氏名	①	②
続柄		
住所		
電話	(日中) (夜間)	(日中) (夜間)

支援事業者	
担当者	
住所	電話

救急隊への伝言・その他

容器内の情報は、救急隊と輸送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。

本人氏名

印鑑又はサイン