

救急隊への情報提供用紙（記入要領）

* 本用紙はおおむね65歳以上の方を対象としています

【基本情報】

作成日：西暦 ○ 年 □ 月 △ 日 情報更新日：西暦 年 月 日

フリガナ 氏 名	マチ ダ タ ロウ 町 田 太 郎		男・女	
生年月日	西暦 1935年 3月 3日		90歳	
住所・電話番号 (住民票記載の住所とします)				
緊急連絡先 (連絡がつく親族等) 携帯電話を優先で記載し ください	フリガナ 氏名	マチ ダ ジ ロウ 町 田 二 郎 ☎ 03-1111-2222	続 柄	居住する都道府県と市町村
			長 男	東京都〇〇区〇〇町
	フリガナ 氏名	オオ ヤ マチ コ 大 谷 町 子 ☎ 090-1111-2222	続 柄	居住する都道府県と市町村
			長 女	町田市原町田〇丁目〇番地
その他、関係者の連絡先 市役所、民生委員等	① 東 京 一 子(民生委員) ☎ 042-333-4444		② 成 瀬 三 郎(市〇課〇担当) ☎ 042-555-6666	

【医療情報】

現在治療中の病気	高血圧・糖尿病・リュウマチ	病院名：〇〇病院・〇〇クリニック
	認知症・など	病院名：
過去に診断を受けた病気	心筋梗塞・肺がん・脳梗塞・など	病院名：〇〇大学病院
		病院名：
現在服用している薬 (お薬手帳も渡してください)	アムロジピン・バイアスピリン・メトグルコなど処方されている常用薬を記載 * 服用している薬の情報が記載されている「お薬手帳」等を提供・提示できれば記入は不要とします	
アレルギー	有・無	アレルギーの名称
		そば、甲殻類、アルコールなど(食物、薬のアレルギーがある場合は記載する)
身体の麻痺	有・無	具体的な内容
		日常生活車椅子使用・右半身麻痺あり
かかりつけ医	〇〇クリニック 〇〇医師 ☎ 042-777-8888	

救急隊への情報提供用紙

【注意事項】

- 情報提供用紙について
駆け付けた救急隊に本用紙を情報提供することにより、迅速な救急活動や早期の病院搬送につながります。
救急隊や医療関係者へ情報提供するところについて同意できる場合、ご自身またはご家族等で記載をお願いします。
重要な個人情報となるため、ご自身の判断と責任において管理し、紛失には十分ご注意ください。
- 緊急連絡先
救急隊や医療関係者が、緊急連絡先に記載されている電話番号に、電話連絡をする場合がありますので、ご自身又はごの説明をしておいてください。
- もしもの時のために、お元気な時にあらかじめこの用紙に最低限を記入して、救急隊が持ち出し易い準備をしてください

