

救急情報シート

令和 年 月 日 作成・更新

この情報を、緊急時や災害時に、容器に入っている個人情報と搬送先の医療機関及び支援者に提供し救急医療及び支援活動に活用することに同意します。

※救急隊員によるカプセルの活用（持出し）には本人の要請（了承）確認が必要です。署名

フリガナ 氏名		年齢	歳	性別	男 ・ 女
住所			生年月日	年	月 日
大阪市住吉区			電話番号		
			自宅	()	
			携帯	()	

緊急連絡先

	緊急連絡先①	緊急連絡先②
氏名		
電話番号		
続柄		
住所		

帰宅協力者 ※緊急連絡先と連絡とれない時


氏名		電話番号	
続柄		住所	

かかりつけ医療機関

名称及び担当科		担当 医師名	
所在地			
電話番号	()	緊急連絡 電話番号	無 有 ()

既往歴 (現在治療中も含む)

過去に救急搬送された ことがありますか？	無 ・ 有 (年 月頃 病名:) (病院名: 病院)
-------------------------	---------------------------------

アレルギー	有・無	食べ物（ その他（	）薬（ ）
感染症	無 ・ 有（ ）		
お薬	カプセル内の薬剤情報提供書参照		
その他特記事項	ペースメーカー等		
担当ケアマネジャー			
事業所名		担当者 氏名	
電話番号		土・日・祝日 夜間連絡	可・不可 （ ）
担当訪問看護ステーション			
事業所名		担当者 氏名	
電話番号		土・日・祝日 夜間連絡	可・不可 （ ）
障がいサービス事業所			
事業所名		計画相談員氏名	
電話番号		土・日・祝日 夜間連絡	可・不可 （ ）
保険証・お薬手帳・鍵の置き場所：			
備考			
			
<p>↑救急情報シート用紙はこちらからダウンロードできるほか、窓口でお渡しすることも可能です。</p> <p>(2025年8月版)</p>			