

記入例

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

署名

フリガナ氏名	住吉 太郎	年齢	80歳	性別	男・女
住所		生年月日	年 月 日		
大阪市住吉区〇〇1-1-1△△ マンション101号室		電話番号			
		自宅	〇〇 (×××) △△△△		
		携帯	〇〇 (×××) △△△△		

緊急連絡先 緊急連絡先がない場合は斜線を引くか無しと記入する

	緊急連絡先①	緊急連絡先②
氏名	住吉 一郎	長居 花子
電話番号	〇〇-×××-△△△△	〇〇-×××-△△△△
続柄	長男	長女
住所	大阪市平野区〇〇	大阪府堺市〇〇

帰宅協力者 ※緊急連絡先と連絡とれない時 協力者がいない場合は斜線を引く

氏名	我孫子 松江	電話番号	〇〇-×××-△△△△
続柄	友人	住所	大阪市住吉区〇〇1-1-1△△ マンション102号室

※ 帰りのタクシー代 有 ・ 無

かかりつけ医療機関

名称及び担当科	〇〇クリニック	担当医師名	苅田竹夫
所在地	大阪市住吉区〇〇2-2-2		
電話番号	〇〇-×××-△△△△	緊急連絡電話番号	無 <input checked="" type="radio"/> (携帯電話番号等)

既往歴 (現在治療中も含む) 高血圧症・糖尿病・大腿骨骨折 搬送先・入院先病院がわかれば記入する

過去に救急搬送されたことがありますか？	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 (年 月頃 病名:)
	病院名:(病院)

アレルギー	<input checked="" type="radio"/> 有・無	食べ物（青魚）薬（ ） その他（ ）
感染症	<input checked="" type="radio"/> 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 インスリン注射 朝 4単位皮下注	
担当ケアマネジャー		
事業所名	△△ケアプランセンター	担当者氏名 万代 梅子
電話番号	〇〇-×××-△△△△	土・日・祝日 夜間連絡 可・ <input checked="" type="radio"/> 不可 (携帯電話等)
担当訪問看護ステーション		
事業所名	〇〇訪問看護ステーション	担当者氏名 大領 幸子
電話番号	〇〇-×××-△△△△	土・日・祝日 夜間連絡 <input checked="" type="radio"/> 可・不可 (携帯電話等)
障がいサービス事業所		
事業所名	□□サービス事業所	計画相談 員氏名 浅香 墨江
電話番号	〇〇-×××-△△△△	土・日・祝日 夜間連絡 可・ <input checked="" type="radio"/> 不可 (携帯電話等)
DNARの意思表示		
DNAR（蘇生処置拒否）の意思表示はありますか？	無・ <input checked="" type="radio"/> 有・不明	
<p>※意思表示の書類があればカプセルに入れてください。 ※DNARの意思表示があった場合でも、救急隊は救急法等に基づき、必要な応急処置を実施して医療機関に搬送します。</p>		
保険証・お薬手帳・鍵の置き場所：テレビ横筆筥右引き出し等		
備考		