

記入例

できるだけ詳しくご記入ください

知ってください。

年 6月 20日 作成

年 月 日 変更

年 月 日 変更

(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	血液型
まつやま たらう	明・大・昭平	男	(A)型・不明
松山 太郎	5年 1月 1日	女	(RH ⊕)・-
住 所	電話番号		
東松山市 材木町2番36号	0493-24-3921		

緊急連絡先氏名	住 所	電話(携帯)番号	続柄
①比企 花子	〇〇市〇〇町	090-1234-5678	長女
②松山 一郎	〇〇都〇〇		長男
③松山 次郎	東松山市〇〇	0493-23-4567	弟

○ 地区担当の民生委員について記入してください。

氏 名	住 所	電話番号
〇〇 花子	東松山市	3-99-9999

- ※ 記入した内容に変更があった場合は、新しい内容に変更してください。
- ※ 袋の中に、健康保険証・医療機関診察券のコピーや薬剤情報提供書を同封してください。
- ※ 本カードは救急活動に必要と判断した場合に活用いたします。そのため、救急活動によっては、活用されない場合もあります。

○ 病気や、かかりつけの医療機関、服薬等について記入してください。
(緊急時、医療行為の参考になりますので、正確に記入してください)

病気は ありますか	心臓疾患 ・ 脳疾患 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 アレルギー(種類:) その他()	
治療中の病気 はありますか	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	有の場合は記入してください 病 名(治療中の病気名を記入)
入院歴は ありますか	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有の場合は記入してください 病院名(ケガ以外の入院歴を記入) 病 名()
かかりつけ医療機関はどこですか	① ②	
病 院 名	〇〇病院	△△クリニック
科目及び担当医	内科 〇〇医師	かかりつけの病院を記入
所 在 地	東松山市〇〇町	△△市△△町
電 話 番 号	0493-〇〇-〇〇〇〇	04△△-△△-△△△△
今飲んでる 薬がありますか	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	有の場合は、最新の薬剤情報書を同封してください 現在、服用中のもの

○ その他で救急時に役立つ情報等がありましたら、記入してください。

右の難聴で補聴器を使用しています。
インシュリンを使用しています。

救急時に他の人に知っておいてほしいことを
記入してください！

同意欄	袋の中に入っている救急医療情報を、救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。		
本人氏名	松山 太郎	代筆者氏名	続柄()