

# 救急情報カード

平成 年 月 日記入

※このカードに必要事項を記入して救急カプセルに入れ、カプセルを冷蔵庫に入れて保管してください。

ふりがな		男・女	明・大・昭
名前			年 月 日生( 歳)
住所	大阪市東住吉区	電話	

健康保険証		その他の医療証	血液型
記号番号		ある・ない	RH / + ・ -
保険者番号		(医療証名)	<input type="text"/> 型

	かかりつけの医療機関 ①	かかりつけの医療機関 ②
医療機関の名称		
受診科目		
担当医名		
電話		
診察券番号		
※服用している薬の名前を、記入してください。		

※介護施設を利用している方

介護事業所名 ( ) 電話 ( )

	緊急時の連絡先 ①		緊急時の連絡先 ②	
名前		続柄		続柄
住所				
電話				
携帯				

# 今までにかかった病気の記録(通院中の病気・入院したことのある病気)

※あてはまるものを○で囲んでください。

呼吸器系	・気管支ぜんそく ・慢性閉塞性肺疾患 ・その他( )
循環器系	・心不全 ・虚血性心疾患 ・高血圧 ・不整脈 ・その他( )
脳神経系	・脳こう塞 ・くも膜下出血 ・脳出血 ・その他( )
消化器系	・胃かいよう ・肝こう変 ・胆のう結石 ・その他( )
腎泌尿器系	・腎不全/透析 ・その他( )
内分泌・代謝系	・糖尿病 ・高脂血症 ・その他( )
血液	・出血性疾患 ・その他( )
神経系	
産婦人科系	
感染系	・B型肝炎 ・C型肝炎 ・結核 ・その他( )
アレルギー	・過去にアレルギーをおこした薬がありますか ( ある ・ ない )
	※ある場合は、その薬の名前とその時の症状を記入してください。

他に伝えておきたい事等があればご記入ください。

この情報を、緊急時や災害時に、行政や自主防災組織、搬入先医療機関、その他駆けつけた人が活用することに同意します。

(本人サイン)

(代筆者)