

様式第1号(第2条関係)

医療情報用紙

年 月 日作成
年 月 日変更

1 利用者(ご本人)情報

| | | | |
|-------------|-----------------|-----|-----|
| ふりがな 氏 名 | 生年月日 | 性 別 | 血液型 |
| | 大・昭・西暦 年 月 日 | 男・女 | 型 |
| 電話番号 | 住 所 | | |
| () | | | |

2 かかりつけ医情報

| | | |
|----------|------------|------------|
| | かかりつけ医療機関① | かかりつけ医療機関② |
| 医療機関の名称 | | |
| 科目及び担当医 | | |
| 現在治療中の病名 | | |
| 電 話 番 号 | | |

3 緊急連絡先情報

| | | | |
|-----------------|----|--------|-----|
| ふりがな 緊急連絡先氏名 | 続柄 | 電話番号 | 住 所 |
| | | 日中 () | |
| | | 夜間 () | |
| | | 日中 () | |
| | | 夜間 () | |

4 服薬情報等

| | | |
|-------------------|-----|-------|
| 服薬内容(薬剤情報提供の写しなど) | 持 病 | アレルギー |
| | | |

※裏面に続く

5 指定居宅介護支援事業者

| 指定居宅介護支援事業者 | 所在地 | 電話番号 |
|-------------|-----|------|
| | | |

6 その他

| | |
|---------------------|--|
| その他 (救急隊員への伝言など) | |
|---------------------|--|

| | | | |
|-----|--|--|---------|
| 同意欄 | この用紙及び容器の中に入っている救急情報を、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 | | 印鑑又はサイン |
| | 代筆氏名・続柄 | | 印鑑又はサイン |

●医療機関へのお願い

使用後は必ず、ご本人又はご家族に救急医療情報キット(医療情報用紙、服薬情報等含む)をお返し下さい。

※別紙「記入の仕方・注意事項」をご参照ください。

※お問い合わせ先 白石市役所保健福祉部長寿課高齢福祉係 電話番号 0224-22-1361