

記入例

様式第1号(第2条関係)

医療情報用紙

〇〇年 〇月 〇〇日作成

□□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
しろいし はなこ 白石 花子	大(昭) 西暦 〇年 〇月 〇日	男・(女)	〇型
電話番号	住所		
0224 (22) 1361	白石市福岡蔵本字茶園62-1		

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	白石医院	大手町医院
科目及び担当医	内科 白石 太郎	整形外科 白石小十郎
現在治療中の病名	高血圧	手首骨折
電話番号	0224-22-0000	0224-22-□□□□

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
しろいし たろう 白石 太郎	長男	日中 090 (△△△) △△△△	白石市大手町1-1
		夜間 0224(〇〇)〇〇〇〇	
かたくら かずこ 片倉 和子	長女	日中 0224(□□)□□□□	白石市大手町2-2
		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
〇〇〇〇(1日1回、朝食後)	腰痛	ピリンアレルギー


※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
白石市在宅介護支援センター片倉	白石市大手町3-3	0224-00-0000

6 その他

その他 (救急隊員への伝言など)	腰痛持ちなので、搬送時は優しく願います。
---------------------	----------------------

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	福祉花子 協力員	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