

# 救急医療情報シート

作成日 年 月 日

ふりがな			性別	
氏名			男・女	
生年月日		年 月 日		
住所		〒		
連絡先		【自宅】		
		.....		
		【携帯】		
		.....		
		【FAX】		
		.....		
		【メール】		
		.....		
同居者	氏名・関係		関係 ( )	
			.....	
			関係 ( )	
			.....	
緊急連絡先	①	ふりがな	関係	
		.....		
		氏名		
		.....		
		住所	〒	
		.....		
		連絡先	【自宅】	
			.....	
	【携帯】			
	.....			
			【FAX】	
			.....	
			【メール】	
			.....	
	②	ふりがな	関係	
		.....		
氏名				
.....				
住所		〒		
.....				
連絡先		【自宅】		
		.....		
	【携帯】			
	.....			
		【FAX】		
		.....		
		【メール】		
		.....		

等施設 相談支援 関係専門 担当者員	支援事業者		
	所在地		
	電話番号		
	担当者		
加入医療保険		国民健康保険 社会保険 後期高齢 その他 ( )	
障害者 手帳等 情報	身体障害者手帳	あり ( ) 級	なし
	療育手帳	あり 程度 ( )	なし
	自立支援医療 (精神通院)	あり	なし
	精神保健福祉手帳	あり ( ) 級	なし
かかりつけ 医療機関	①	医療機関名	( ) 科
		住 所	
		電話番号	
		担当医	
	②	医療機関名	( ) 科
		住 所	
		電話番号	
		担当医	
現在治療中の病名			
現在飲んでいる薬		薬名：  その他はお薬手帳参照	
これまで に受診した ことがある 病院と病名	病院	病名	
	病院	病名	
	病院	病名	
備 考		その他伝えたいこと等がありましたら記載してください。	