

救急情報シート

作成日

令和 年 月 日

記載内容確認
チェック欄

年月 年月 年月 年月 年月 年月

氏名 かな()

生年月日 大正・昭和 平成・令和 年 月 日 性別 男 ・ 女

緊急連絡先 (緊急連絡先とした人には、このことを伝えておいてください)

順	氏名	関係	電話番号	居住地 <small>〔市外の場合は自治体名を記入〕</small>
1				市内・市外()
2				市内・市外()

緊急時の医療行為の参考になりますので、できるだけ正確にお書きください。※かかりつけ医や入院歴のある病院への搬送を約束するものではありません。

飲んでいる薬はありますか？	ない・ある	「ある」人は、お薬手帳または薬剤情報提供書（薬局でいただく紙面）と一緒に保管しておくこと、「もしも」のときの情報伝達がよりスムーズになります。
かかりつけ医はどこですか？	ない・ある	「ある」人は記入 病院 科 医院
入院したことはありますか？	ない・ある	「ある」人は記入 病院 科 病名：-----

「もしも」のときに医師に伝えたいことがあれば、「□」の中にレ点を入れてください。

- できるだけ救命、延命をしてほしい なるべく自然な状態で見守ってほしい
 苦痛をやわらげる処置なら希望する その他 []

その他記入欄 (緊急時に役立つと思われることがあれば記入)

毎年、お誕生日などに、記入内容を確認しましょう！