

平成 年 月 日 作成
平成 年 月 日 変更

救急情報シート

※基本情報

ふりがな		血液型	
本人氏名		型Rh () ・不明	
生年月日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成	性別	男 ・ 女
住所	和寒町字 番地 (自治会)		
電話	(0165) 32 -		
健康保険	国民健康保険 ・ 後期高齢者保険 ・ 社会保険 ・ 共済保険 ・ その他 ()		

※医療情報

かかりつけ病院名	①	②
科目・担当医		
おもな病名		
お薬の内容		

※特記事項（アレルギー、今までの大きな病気・手術など）

※普段のからだの状況（例：耳が遠くて聞こえづらい。足が弱い。…など）

※緊急連絡先

氏名	①	②
続柄		
住所		
電話	(日中) (夜間)	(日中) (夜間)

※その他

介護保険の利用	あり	担当の事業所	居宅支援事業所	電話
	なし	ご近所で協力してくれる方	① 電話	② 電話