

# 緊急情報用紙

記入年月日 令和 年 月 日

更新年月日 令和 年 月 日

フリガナ

氏名

(男・女)

住所

電話番号 ( )

生年月日

明治・大正・昭和・平成

年

月

日

写真を貼る場合はこちらに貼ってください。



## 緊急連絡先 (必要な場合は携帯電話番号もご記入下さい)

| 緊急連絡先氏名 | 電話番号 | 住所   | 本人との関係 |
|---------|------|------|--------|
|         |      | 都道府県 |        |
|         |      | 都道府県 |        |



## 医療情報等

|      | 緊急搬送を希望する医療機関 | かかりつけ医 |
|------|---------------|--------|
| 名称   | 平鹿・横手・大森 病院   | 病院・医院  |
| 電話番号 |               |        |
| 担当医名 | 科             | 科      |

|                |  |  |      |   |    |  |
|----------------|--|--|------|---|----|--|
| 血液型            | A・B・AB・O・不明 RH(+)・(-)                        |  |      |   |    |  |
| 持病             |  |  |      |   |    |  |
| 内服薬の有無         | あり ( ) ・ なし<br>※ ありの場合は、内服している薬の説明書も同封して下さい。 |  |      |   |    |  |
| アレルギーの有無       | あり ( ) ・ なし                                  |  |      |   |    |  |
| 担当民生委員         | 氏名   |  | 電話番号 | — | 住所 |  |
| 救急隊員や病院へ伝えたいこと |  |  |      |   |    |  |

|     |   |  |          |  |  |  |
|-----|---|--|----------|--|--|--|
| 同意欄 | 緊急時において、容器の中に入っている緊急情報を、横手市消防本部の救急隊員と搬送先の医療機関が活用することに同意します。また、かけつけた者が容器の内容を確認し、緊急連絡先等に連絡することに同意します。 |  |          |  |  |  |
|     | 本人氏名  |  | 印鑑またはサイン |  |  |  |