

救急情報 (情報に変更があった場合は、必ず内容を書き換えてください。)

(ふりがな)		性別	男・女
氏名			
生年月日	明・大・昭	年	月 日
血液型	A・B・O・AB型 (Rh +, -) ・ 不明		
住所	長井市	電話番号	☎ (0238) - () -
公立置賜総合病院(公立置賜長井病院)のカルテ番号	受診歴 なし・あり (「あり」の場合、下にカルテ番号を記入) ()		
かかりつけの医院名 診察券番号	医院名:		
現在かかっている病気、 過去の病歴、手術の有無			
今飲んでいるお薬 (お薬情報の紙でも可)			
その他伝えたいこと (ペースメーカー・透析・体の不自由なところ・アレルギーなど)	ペースメーカー・透析・耳が聞こえにくい・視力・アレルギー等 []		

緊急連絡先 (市内・または近郊に住む血縁者・ご親類・知人など)

(ふりがな)		続柄		続柄
氏名	①		②	
電話番号	自宅		自宅	
	携帯		携帯	
住所				

救急隊と搬送先の医療機関が、容器の中の救急情報を救急医療に活用することに同意します。
また、命のバトン所持者であることを民生委員が把握することに同意します。

ご本人氏名 _____