

緊急情報シート

年	月	日作成
年	月	日変更
年	月	日変更
年	月	日変更

※記載情報に変更があった場合には加筆訂正してください。

◆本人情報

氏名	フリガナ	性別	血液型	生年月日
		男・女	A・B O・AB	明治・大正 昭和・平成
住所				
電話	()	携帯	— —	
病名				
服薬内容	*「薬剤情報提供書」又は「お薬手帳」を同封する場合は記入しなくてもかまいません。			
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 膝関節症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> ペースメーカー埋め込み <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()			

◆かかりつけ医療機関情報

医療機関名	科目 (病名)	担当医師名	所在地	電話番号
	()			
	()			
	()			

◆救急隊や救助隊への伝言など

(例：ペースメーカーを装着しているので、処置に影響がある。)

◆家族構成

氏名	続柄	住所	電話番号
			()
			()
			()
			()

◆緊急時の連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号
			()
			()
			()

◆担当民生委員

氏名	住所	電話番号
		()

◆指定居宅介護支援事業者（ケアマネージャーの事業所）など

事業者名			
電話	()	FAX	()
所在地			
担当ケアマネージャー名			

◆同封資料

同封の資料	<input type="checkbox"/> 「資格確認書」又は「資格情報」の写し <input type="checkbox"/> 障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 服薬中の薬の説明書写し <input type="checkbox"/> 診察（受診）券の写し <input type="checkbox"/> その他（ ）
-------	--

「緊急情報シート」の使用にあたっての確認事項

- ①心肺機能停止などで人命蘇生が優先される場合は、情報キットを使用しないこともあります。
- ②所定の場所にキットを保管していなかったときは、情報キットが活用されない場合があります。
- ③かかりつけの医療機関があっても、他の病院へ救急搬送される場合があります。
- ④「緊急時の連絡先」に記載があっても、すぐには連絡できない場合もあります。
- ⑤緊急情報シートの内容に変更があった場合は各自で加筆と添付書類の差替えをお願いします。