

救急医療情報シート

本用紙の情報を、救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。

フリガナ

年 月 日 記入
年 月 日 更新
年 月 日 更新

本人氏名： _____

住所： _____ 血液型： _____ 型

生年月日： _____ 年 月 日 電話番号： _____

かかりつけ医療機関	電話番号
かかりつけ歯科医院	電話番号
かかりつけ薬局	電話番号
かかっている病気 ☑をつけてください	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> その他 _____
飲んでいる薬 お薬手帳のシールがあれば裏面に貼付してください	<input type="checkbox"/> 裏面にお薬手帳のシールを貼った <input type="checkbox"/> シールがない場合、以下に書いてください
アレルギー	<input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> なし

緊急連絡先

氏名	住所	電話番号	関係

監修：高槻市医師会・高槻市歯科医師会・高槻市薬剤師会

発行：高槻市長寿介護課（TEL：072-674-7166）

お薬手帳のシールを貼ってください