



救急医療情報シート

記入日 平成 年 月 日
変更日① 平成 年 月 日
変更日② 平成 年 月 日

私は、住所 長野原町大字

氏名 _____ 性別 男・女 血液型 _____ 型

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

緊急時の医療行為の参考になりますので、できる限り正確にご記入ください。

持病がありますか	ある ない	病名を記入してください。
飲んでいる薬がありますか	ある→ ない	薬剤情報提供書やおくすり手帳の写し（服薬状況の分かるもの）などを裏面に貼ってください。
かかりつけの病院はどこですか	病(医)院名 診 療 科	
アレルギーなどはありますか	ある ない	アレルギーの状況を記入してください
右の治療を受けていますか (○で囲んでください)	ペースメーカー ・ 人工透析	

緊急連絡先

氏 名	ご関係	電話番号	住 所

その他、記入欄