

救急医療情報シート

個人情報

新規作成日 年 月 日
更新・変更 年 月 日
更新・変更 年 月 日

住所	印西市				
ふりがな		電話			
氏名		FAX			
		携帯電話			
性別	男・女	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月 日
加入健康保険	国保 社保 後期高齢 その他()		血液型	型 (RH + -)	

緊急時の家族や友人などの連絡先を記入してください。

緊急連絡先	①	住所				
		ふりがな	電話			
		氏名	携帯電話	本人との関係		
	②	住所				
		ふりがな	電話			
		氏名	携帯電話	本人との関係		

【障害者手帳をお持ちの方】

種類	視覚・聴覚・音声言語・肢体・その他()	知的・精神	等級	
----	--------------------------------	-------	----	--

ケアマネジャー・施設関係・相談支援専門員 担当者

支援事業者		担当者	
所在地			
電話番号			

訪問看護・訪問介護 担当者

支援事業者		担当者	
所在地			
電話番号			

地域包括支援センター 担当者

地域包括支援センター	印西北部包括 印西南部包括 船穂・牧の原包括 印旛包括 本埜包括
電話番号	夜間・休日の緊急時は、下記まで (印西市役所) 0476-42-5111

救急医療情報シート

医療情報

新規作成日 年 月 日
更新・変更 年 月 日
更新・変更 年 月 日

かかりつけ医療機関		かかりつけ医療機関	
住所		住所	
電話番号		電話番号	
診察券番号		診察券番号	
担当医	科	医師	
科目	あてはまるものに○をしてください。		
在宅医療	在宅医療		
内科	外科	整形外科	脳神経外科
精神科	泌尿器科	呼吸器科	循環器科
その他 ()	その他 ()		
現在治療中の病名を記入してください。	現在治療中の病名を記入してください。		

これまでにかかったことのある病名を記入してください。

お薬手帳、または薬の説明書をコピーして、ボトルに入れてください。

普段の生活	寝たきり 車椅子 歩行(杖 シルバーカー 自力)
アレルギー	

備考(その他、救急隊・医療機関にお伝えしたいことがありましたら記入してください。)

※内容に変更が生じた場合は、赤字で修正してください。