

# 緊急連絡シート

もしもの時この情報シートを活用してください

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	血液型
お名前		男・女	年 月 日	型 【Rh】 + ・ -
おところ	宜野湾市		電話番号	

## 医療情報

かかりつけの医療機関		今かかっている病気
電話 ( )		
電話 ( )		
※他にも「かかりつけの医療機関」や「今かかっている病気がある場合は裏面にご記入ください		
服薬内容	①	アレルギー 無・有(種類)
	②	
	③	
	④	

## 緊急連絡先

緊急連絡先氏名	本人との関係	電話番号	住所
①			
②			
指定居宅介護支援事業所 等		電話番号	
同意欄	次の事項に同意します。 ①この用紙を、救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療に活用すること。 ②かかりつけ医療機関があっても、他の病院に救急搬送される場合があること。 ③この用紙に救急隊員への伝言を記載されていても、必ずしも実行されるとは限らないこと。		
	本人氏名		代筆者氏名