

年 月 日記入



奈良市救急医療情報キット記入用紙

本人情報

※鉛筆で記入のこと

| | | | | |
|------|-----------------|---------------|---|---|
| フリガナ | | 血液型 | | |
| 本人氏名 | | 型 Rh () ・ 不明 | | |
| 生年月日 | (明・大・昭・平) 年 月 日 | 性別 | 男 | 女 |
| 住 所 | | 電話 | | |

生活保護世帯である (該当する場合は□内にチェック)

医療情報

| | | | | |
|---------------|----|----|----|-------|
| かかりつけ 医療機関 | 1. | 1. | 1. | |
| 診察券の番号 | 2. | 2. | 2. | |
| 科 目 | 3. | 3. | 3. | |
| 持 病 | | | 服薬 | 有 ・ 無 |

※ 服薬内容については、処方箋 (写)、お薬手帳 (写) を入れてください。

緊急連絡先

| | | |
|-----|-------|-------|
| 氏 名 | 1. | 2. |
| 続 柄 | | |
| 住 所 | | |
| 電 話 | (日 中) | (日 中) |
| | (夜 間) | (夜 間) |

その他特記事項

| |
|--|
| |
|--|

※ 記入方法は裏面を参照ください。

記入の方法・注意事項

本人情報 について

生年月日 該当する年号を○で囲み、ご記入ください。

血液型 お調べになったことが無い等、わからない場合は「不明」を○で囲んでください。

※ 生活保護世帯である場合は、欄にチェック（）をお願いします。

医療情報 について

かかりつけ医療機関 医療機関名は3ヶ所記入できますが、身体状況をよく把握している医療機関を優先してご記入ください。

服薬

服薬のある場合は「有」を○で囲み、処方箋とお薬手帳の写しを容器内に一緒に入れてください。

服薬が無い場合は、「無」を○で囲んでください。

緊急連絡先 について

- ご自身の状況を把握している方を優先してご記入ください。
- ご家族以外の方でも構いません。
- 連絡先は日中と夜間それぞれつながる番号をご記入ください。

※ 記入した内容に変更があった場合は、必ず内容を書き直してください。
（内容を直した際は、記入日も忘れずに訂正してください。）