

平成 年 月 日記入

救急医療情報キット記入用紙

【本人情報】

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) (夜 間)	(日 中) (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。)