

(顔写真)

※本人確認のため  
ですので、お一人で  
写っている写真をこ  
こに貼るか又はシー  
トと共に保管してく  
ださい。

# 蕨市救急情報シート

(令和 4年 1月17日 記入)

私は、緊急時に以下の情報を救急隊、搬送先の医療機関が  
活用することに同意します。

◎記入内容及び同封物に変更があったときは、書き換えが必要となりますので、  
鉛筆での記入をおすすめします。

ふりがな 氏名	きさい れい 記載 例	性別	男
生年月日	大・昭・平 22年 1月17日	血液型	A 型
住所	蕨市 (錦・北・ <b>中</b> ・南・塚) 5-14-15	電話番号	048-433-xxxx

## 【緊急連絡先】

ふりがな 氏名	続柄等	住所	電話番号
わらび たろう 蕨 太郎	息子	蕨市中央4-21-29(403)	048-433-△△△△ 090-xxxx-△△△△
わらび はなこ 蕨 花子	娘	川口市〇〇-□□	080-△△△△-xxxx

裏面も記入ください

医療・介護	医療機関 (病院・診療所等)	医療機関(左記以外)、 担当ケアマネジャー 又は相談支援事業所
名称	蕨市立病院	〇〇居宅介護支援事業所
診療科 (主治医) ・担当者	内科 〇〇医師	△△ケアマネジャー
所在地	蕨市北町 2-12-18	蕨市□□
電話番号	048-432-2277	048-△△△-〇〇〇〇
かかっている病気	糖尿病、脳梗塞	
常用している薬	ワーファリン 2錠 夕食後 グリクラジド 1錠 毎食後	
要介護度	要介護1(R3.4.1~R5.3.31)	
障害等級		
アレルギーの有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 [ ]	

伝えておきたいこと 身体の具合や障害の 有無など	他に股関節の関係で戸田〇 〇病院の外科に通院 (月に1回受診)	延命治療に関しては△△△
--------------------------------	---------------------------------------	--------------

加入している 健康保険	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢 ・ その他[ ]	
同封物 (○をつける)	医療保険証(写し)・診察券(写し)・お薬手帳又は服薬 情報(写し)・(付いている場合)ケアマネジャーの名刺等	