**蕨市救急情報シート**

（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。

（　　　　　　年　　　月　　　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 |  | 性別 |  |
| 生年月日 | 大・昭・平　　 年　　 月　 日 | 血液型 | 型 |
| 住所 | 蕨市　（錦・北・中・南・塚） | 電話番号 |  |

【緊急連絡先】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　 名 | 続柄等 | 住　 　所 | 電 話 番 号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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 |  |  |
| 診療科（主治医）  ・担当者 |  |  |
| 所在地 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| かかっている病気 |  |  |
| 常用している薬 |  |  |
| 要介護度 |  | |
| 障害等級 |  | |
| アレルギーの有無 | 無・有　［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ | |

|  |  |
| --- | --- |
| 伝えておきたいこと  身体の具合や障害の有無など |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 加入している  健康保険 | 国保　・　社保　・　後期高齢　・  その他［　　　　　　　　　　　　　　］ |
| 同封物  （〇をつける） | 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 |