救 急 医 療 情 報（社会福祉施設等用）

※この様式は任意でご活用いただくものです。既存のものがある場合は、既存のものを救急隊に提供をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 | 横浜市　　区 |
| ふりがな |  | 年齢　　歳（　　　年　　月　　日現在） |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 　　　年　月　日 |
| 性　別 | 　男　・　女 |
| 連絡先電話番号 |  |

**◇医療情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 現在治療中の病気 | 高血圧・糖尿病・心臓病・脳卒中その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 過去に医師から言われた病気 |  | ｱﾚﾙｷﾞｰ | 有（　　　　　　　　）　無 |
| 服用している薬(記載しきれない場合は、別紙でも構いません) |  |
| かかりつけの病院 | 病院名：　　　　　　※おおむね１年以内に受診歴のある病院 住所：　　　　市・区　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| もしもの時の治療について、医師に伝えたい事があれば記載して下さい。 |

**◇緊急連絡先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 続柄 | 住所 | 電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

救急隊への申し送り事項

**（救急隊要請時に施設職員等が記入して下さい）**

**◇発生状況**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 要請概要 | 発生時間 |  |
| 場所 |  |
| 概要 |  |
| 応急手当 |  |

**◇連絡医療機関**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 担当者名 | 　　　　　　（Dr・Ns・事務員） |
| 医療機関名 |  | 担当者名 | 　　　　　　（Dr・Ns・事務員） |
| 医療機関名 |  | 担当者名 | 　　　　　　（Dr・Ns・事務員） |
| 医療機関名 |  | 担当者名 | 　　　　　　（Dr・Ns・事務員） |

**◇家族連絡**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 未・済 | 名前(続柄) | 　　　　　( ) | 電話番号 | 　　　　 |
| 未・済 | 名前(続柄) | (　　) | 電話番号 | 　　　　 |
| 未・済 | 名前(続柄) | (　　) | 電話番号 | 　　　　 |

注　意　事　項

**１　救急医療情報について**

1. 救急医療情報は、救急情報を駆け付けた救急隊に、迅速的確に提供することを目的としています。
2. 救急医療情報は、救急隊等が活用することに同意できる場合に記載をお願いします。
3. 記載内容に変更があった場合には、その都度、新しい情報を記載してください。
4. 救急医療情報は、第三者に利用者様の情報が漏えいする危険が伴いますので、記載者の判断と責任において管理し、紛失に注意してください。

**２　緊急連絡先について**

　　救急隊等が、緊急連絡先に連絡することがありますので、連絡先に記載する方に対して、ご自身もしくはご家族で事前に説明し、同意を得ておいてください。