

# 救急医療情報 見本 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

既存のものを救急隊に提供をお願いします。

住所	横浜市 泉 区 和泉中央北五丁目1番1号		
ふりがな	しょうぼう いずみ	年齢	77 歳
氏名	消防 泉	( 2025 年 6 月 1 日現在)	
生年月日	1947 年 12 月 12 日		
性別	男 ・ 女		
連絡先 電話番号	045-801-0119		

## ◇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 ( COPD )		
過去に医師から 言われた病気	痛風	アレルギー	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)	シムビコートタービュヘイラー、ノルバスク、ニトログリセリン		
かかりつけの病院	病院名: 泉消防内科医院 ※おおむね1年以内に受診歴のある病院		
	住所: 泉 市 ・ 区 中田北3-1-1		
	電話番号: 045-803-0119		
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。 積極的な治療を希望します。			

## ◇緊急連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号
消防 南	妻	泉区和泉中央北5-1-1	000-1234-5678
消防 緑	娘	同上	000-1234-5679

# 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	6月1日 16時20分頃
	場所	泉区岡津町187-1 老人介護施設岡津の里
	概要	呼び出しボタンが押下されたので確認したら、ベッドの上で胸を押さえて苦しんでいた。
応急手当		

## ◇連絡医療機関

医療機関名	泉消防総合病院	担当者名	イズミ (Dr・Ns・ <b>事務員</b> )
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・ <b>済</b>	名前(続柄)	消防 緑 ( 娘 )	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。