

緊急時・災害時には以下の情報を、消防や警察、搬送先医療機関が緊急医療情報として活用することに同意します。

①本人の基本情報					
氏名	(フリガナ)	性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
住所	〒 ー			血液型	型
	瑞穂区			電話番号	
健康保険証 情報 (コピー可)		(番号を記入するか、健康保険証のコピーを入れてください)			
		(種類)		(保険者番号)	(被保険者番号)
		国保・後期高齢者医療 健保組合・その他()			

②かかりつけの医療機関		
かかりつけの医療機関名	電 話	病 名

③特記事項(既往歴、アレルギー、救急隊員に伝えたいことなど)		
* 大きな病気をしたことは？	有・無	有の人は下の枠内へ掛っていた病院名、病名、時期等を記入
* アレルギーは？	有・無	有の人は下の枠内へどのようなアレルギーかを記入



私を見守ってくださる方々、困った時はよろしくね

★
一
番
最
初
に
連
絡
し
て
ほ
し
い
人
に
◎
を
つ
け
て
く
だ
さ
い
★

優先
連絡先

子ども・親せき・知人（該当者に○を付けてください）

（ 区内 ・ 市内 ・ 市外 ）（該当箇所に○を付けてください）

・名 前 _____

・電 話 番 号 _____ () _____

・携 帯 番 号 _____ — _____

★
裏
面
に
み
ず
ほ
っ
ぺ
あ
ん
し
ん
情
報
シ
ー
ト
が
あ
り
ま
す
★

優先
連絡先

子ども・親せき・知人（該当者に○を付けてください）

（ 区内 ・ 市内 ・ 市外 ）（該当箇所に○を付けてください）

・名 前 _____

・電 話 番 号 _____ () _____

・携 帯 番 号 _____ — _____

優先
連絡先

子ども・親せき・知人（該当者に○を付けてください）

（ 区内 ・ 市内 ・ 市外 ）（該当箇所に○を付けてください）

・名 前 _____

・電 話 番 号 _____ () _____

・携 帯 番 号 _____ — _____

優先
連絡先

ケアマネージャー

・事 業 所 名 _____

・電 話 番 号 _____ () _____

・携 帯 番 号 _____ — _____

優先
連絡先

民生委員

・名 前 _____

・電 話 番 号 _____ () _____

・携 帯 番 号 _____ — _____

救急は119番 警察は110番