

# 緊 急 時 対 応 カ ー ド

本人氏名 (同意欄)	容器の中に入っている救急情報を、救急隊員と搬送先の医療機関が救急医療に活用することに同意します。					
	本人氏名			代筆者名 / (本人との関係)		
生年月日	(明・大・昭・平)	年	月	日生	性別	男 女 血液型
住所	稲沢市			電話番号	( ) -	

緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	携帯電話番号
①		( ) -	
②		( ) -	
③		( ) -	

	かかりつけ医療機関 ①	かかりつけ医療機関 ②
病院名		
診療科		
診察券番号		
先生の名前		
電話番号	( ) -	( ) -

持病 (今かかっている病気、過去の大病 等)	常用している薬
	* 薬情報が分るもの (薬袋等) を容器の中に入れても可

誰かに伝えておきたいこと (記入は任意です。また、必ず実行されるものでもありません。)
* 財産の具体的な情報は盗難の恐れがありますので記入しないようにしてください。

## 緊急時対応カード（記入例）

本人氏名 (同意欄)	容器の中に入っている救急情報を、救急隊員と搬送先の医療機関が救急医療に活用することに同意します。		
	本人氏名	社 協 三 郎	
代筆者名 / (本人との関係)			
生年月日	(明・太・昭・平) 10年 4月 1日生	性別	(男) 女
		血液型	A
住所	稲沢市 西町三丁目10番24号		電話番号 (0587) 23-0000

緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	携帯電話番号
① 社 協 花 子	子	(0587) 97-0000	090-0000-0000
② 福 祉 一 郎	子	(0567) 46-0000	080-0000-0000
③ 稲 沢 次 郎	弟	(052) 561-0000	090-0000-0000

	かかりつけ医療機関 ①	かかりつけ医療機関 ②
病 院 名	社協クリニック	県立循環器病院
診 療 科	内 科	心臓外科
診察券番号	236713	心334666
先生の名前	稲沢先生	社協先生
電話番号	(0587) 36-0000	(0587) 21-0000

持病 (今かかっている病気、過去の大病 等)	常用している薬
高血圧 糖尿病	血圧の薬 (具体的な薬の名前を書いても可)
心臓病 (ペースメーカー)	糖尿病の薬
心臓の手術 (平成20年)	血液をさらさらにする薬
	*薬情報が分るもの (薬袋等) を容器の中に入れても可

誰かに伝えておきたいこと (記入は任意です。また、必ず実行されるものでもありません。)
(アレルギーや手術をする際に注意すること、他どんなことでも自由に記入してください。)
*財産の具体的な情報は盗難の恐れがありますので記入しないようにしてください。