

## 救急医療情報シート

年 月 日作成

基本項目について記入してください。

氏 名		性別	血液型	生年 月日	明治	年 月 日  ( 歳)
		男・女			大正	
					昭和	
					平成	

住 所	(電話番号)
-----	--------

治療中の病気や病歴（既往歴）、受診している医療機関、アレルギーの有無等について記入してください。

病 名	医療機関名・担当医師名	現在の状況
	(電話番号)	治療中 経過観察中 治療済
	(電話番号)	治療中 経過観察中 治療済
	(電話番号)	治療中 経過観察中 治療済
アレルギ-	あり ( ) なし	

現在、服用中の薬があれば記入してください。

①	薬剤情報提供書	あり（別紙のとおり） ・ なし
②	その他	( )

緊急連絡先について記入してください。

氏 名	続柄	住 所
①		(電話番号)
②		(電話番号)
③		(電話番号)
④		(電話番号)

メモ(知っておいてもらいたいことなど。)