

# 救急医療情報用紙

記入日 平成 年 月 日

## 1 本人情報

ふりがな氏名	男・女	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
電話番号		血液型	型 (Rh +・- )、不明	
住所	尾花沢市			

## 2 かかりつけ医等 (体の状態をよく把握している医療機関)

かかりつけ医 1	(診療科)			
	(電話番号)			
かかりつけ医 2	(診療科)			
	(電話番号)			
現在または過去に治療した病気 (該当するものに○)	脳内出血	くも膜下出血	脳こうそく	心筋こうそく
	狭心症	大動脈かい離	気管支ぜんそく	肺炎
	慢性閉塞性肺疾患	消化管出血	腹膜炎	糖尿病
	高血圧	がん〔部位: 〕		
	その他〔 〕			
現在飲んでいる薬 (該当するものに○)	ぜんそくの薬	糖尿病の薬	狭心症の薬	血圧の薬
	コレステロールの薬	その他〔 〕		
	※「薬剤情報提供書」(薬をもらう時に一緒にもらう薬の説明書)を入れてください。			
その他 (該当するものに○)	ニトロを所持	ペースメーカー埋込	在宅酸素	
	人工透析をしている	植込み型除細動器 (ICD)	その他 ( )	
アレルギー	無・有 ( )	手術歴		

## 3 緊急時の連絡先 (すぐに駆けつけられる方)

氏名	続柄	電話番号	住所

## 4 救急隊員へ伝えたいこと

--