

(医療情報記載用紙)

## ～ 緊急時安心情報シート ～

作成日 年 月 日  
変更日 年 月 日

ふりがな		生年月日	大正	年	月	日
本人氏名			昭和	年	月	日
住所						
電話番号		血液型	型 ( RH + ・ - )			

	緊急連絡先①	緊急連絡先②
氏名		
続柄・関係		
住所		
電話番号		

	かかりつけ医①	かかりつけ医②
医療機関名		
電話番号		
診療科目		
担当医氏名		

持病やアレルギー	
飲んでいるお薬	
その他 伝えておきたいこと	

指定居宅介護支援事業所・障がい者相談支援事業所			
事業所名			
担当者氏名		電話番号	

### 同意欄

私は、このシートに記載した情報を、救急隊及び医療機関並びに民生委員・児童委員が活用することに同意します。

本人署名	
------	--