

令和 年 月 日作成

令和 年 年 日変更

あんしん119シート



私は、この用紙に記載した個人情報や同封書類情報を、救急隊員や搬送先の医療機関にお知らせして、救急時や緊急時の活動に活用することを承諾します。

私の救命を行う関係者の住宅内への立ち入りや、立ち入りに際し、やむを得ず住宅の一部に破損が生じても責任を問いません。また、救急搬送中の処置は救急隊員にお任せします。

(氏名) (署名)	ふりがな		血液型	型	生年月日	大正・昭和・平成		
						男・女	年	月
住所	熊谷市				電話番号	自宅		
						携帯		
(夜間緊急連絡先)	氏名	続柄	住所			電話番号		
						自宅		
						携帯		
						自宅		
(かかりつけ医療情報)	病院名		電話番号		科目・担当医		診察券番号	
					()科		診察券写(有・無)	
					()医師		診察券写(有・無)	
					()科		診察券写(有・無)	
持病歴等・	〈記入例〉脳梗塞、心筋梗塞、がん、糖尿病、高血圧、高脂血症、骨折(骨折したところ)							
	アレルギー(有・無)							
医療保険	保険証の種類に○、または記入をしてください				被保険者番号			
	後期高齢者医療保険 国民健康保険							
服用薬	□ お薬手帳、又は薬剤情報提供書(有・無) ※有の場合、薬名の記入は不要です。							
	□ 薬名()							
支援者 (ケアマネ等)	利用している事業所名			電話番号		担当者		
救急隊員に伝えたいこと								