

救 急 医 療 情 報 シ ー ト

かかりつけ医	病院名 科
	主治医
	病名
	電話番号
	初診年 年～ 診察券番号
かかりつけ医	病院名 科
	主治医
	病名
	電話番号
	初診年 年～ 診察券番号
かかりつけ医	病院名 科
	主治医
	病名
	電話番号
	初診年 年～ 診察券番号
かかりつけ医	病院名 科
	主治医
	病名
	電話番号
	初診年 年～ 診察券番号
介護申請	<input type="checkbox"/> あり (要支援 ・ 要介護) <input type="checkbox"/> なし
担当ケアマネ	氏名 事業所名

私は、上記の情報を救急隊や医療機関などが緊急に活用することに同意します。
 ケースの中に健康保険証(写)、診察券(写)、薬剤情報提供書(写)等入れてください。
 救急医療情報キット内の情報は随時更新し、万が一の場合に準備しましょう。

