

《※この用紙を記入後、円筒のプラスチック容器へ入れてください》

(作成日) 年 月 日

(変更日) 年 月 日

# 救急情報シート

※裏面の内容について同意します。

フリガナ		生年月日	性別	血液型
氏名		大 昭 平 令	男・女	型
代筆者		年 月 日		
住 所	伊勢市			
電 話 番 号	( ) -			

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
名 称		
科目及び担当医		
所 在 地		
電 話 番 号		

病歴 アレルギー等		身体特性 (例)難聴 等
--------------	--	-----------------

服薬内容	<input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書・お薬手帳（写し）が裏面に貼付されています。	
	<input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書・お薬手帳（写し）が筒の中に同封されています。	
	<input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書（写し）等が無い場合は記入してください。	
	かかりつけ薬局	救急隊員や医師への伝言 等
名 称		
所 在 地		
電 話 番 号		

緊急連絡先	緊急連絡先①		緊急連絡先②	
氏名・続柄		続柄		続柄
住 所				
電 話 番 号				

裏 面 へ 続 く ⇒

# 同意内容

1. 救急医療情報キットを探すため、救急隊員等が台所等に立ち入り、キットを開封します。
2. 救急情報シートを、救急隊員や搬送先の医療機関等が、救急医療に活用します。(必ずしも救急情報シートの情報を活用するとは限りません)
3. 救急医療情報キット一式を持ち出します。  
(状況によっては持ち出さない場合もあります)
4. その他、以下の事項にあげること。
  - ① かかりつけ医療機関に搬送できない場合があります。
  - ② 救急隊員から緊急連絡先へ連絡するとは限らず、搬送先病院等から連絡する場合があります。
  - ③ 救急隊員のキット取り出しによって被った冷蔵庫の中身等の損害については、市や救急隊員は責任を負いかねます。

同意に基づき、救急医療情報キットの存在を示すステッカーを玄関扉(屋内側)と冷蔵庫(表面)の2ヶ所へ貼付してください。



ステッカーの存在が、救急医療情報キットの配備の目印になります。  
貼り忘れのないようにしましょう!!

こちらに薬剤情報提供書・お薬手帳の写しを貼付