

救急医療情報用紙

令和 年 月 日作成
令和 年 月 日更新

本人情報

(ふりがな)		性別	血液型	生年月日
氏名		男・女	型	(明・大・昭・平・令)
			Rh(+・-)	年 月 日
住所			電話	
保険証 番号				

医療情報

かかりつけ 医療機関 (電話)	① (電話 - -)	② (電話 - -)
科目・担当医		
治療中の病気		
服薬内容		
特記事項 (アレルギー等)		

緊急連絡先

氏名	①	②
続柄		
住所		
電話	(日中 - -) (夜間 - -)	(日中 - -) (夜間 - -)

支援事業者等

担当者		
事業所	(電話 - -)	

救急隊への伝言・その他

--

私は、いのちのバトン内の情報を、救急隊と搬送先の医療機関等が救急医療に活用することに同意します。