**緊急医療・災害時支援情報シート**

**令和　　　年　　　月　　　日時点**

◎基本情報（氏名、住所等）をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ氏名 |  | 住所 | （電話番号　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
|  |
| 生年  月日 | （　　　　　　歳　※シート作成時点） | 性別 |  | 血液型 |  | 介護  認定 |  |
| 世帯  状況 | ※住民票ベースのため、実態と合わない場合があります | | 手帳  所持 | 身体　　／　療育　　／　精神 | | | |

◎緊急連絡先についてご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | フリガナ  氏名 | 続柄 | 住所 | 電話番号 |
| ① |  |  |  |  |
|  |
| ② |  |  |  |  |
|  |
| ③ |  |  |  |  |
|  |

◎主治医の先生と連絡先をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主治医名 | 医療機関名 | 電話番号 |
|  |  |  |

　私は、救急活動及び災害時の援護活動のため、記載する情報を用いることに同意します。

　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

（代筆者）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印）

（本人）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印）

裏面もご記入ください

◎ケアマネジャーや地域包括支援センターに担当職員がいればご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 | 担当者名 | 電話番号 |
|  |  |  |

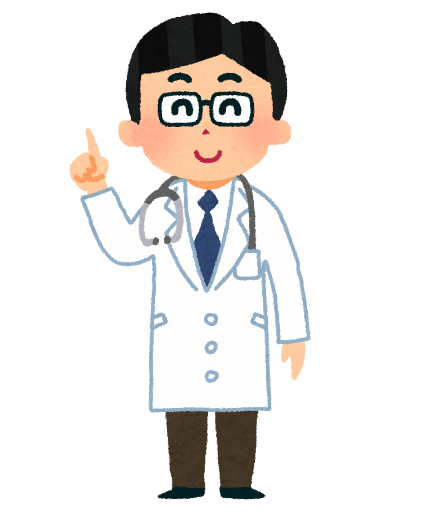
◎治療中のご病気があれば、病名と受診している医療機関についてご記入ください。

現在治療中のご病気がなければ病名欄に「なし」とご記入ください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病名 | 医療機関名・主治医名 | 電話番号 |
|  | 医療機関名  主治医名 |  |
|  | 医療機関名  主治医名 |  |
|  | 医療機関名  主治医名 |  |
| 飲んでいる薬について | | |
| キットの中に  いれましょう。      薬の一覧表（例） | | |

◎備考（医師や救急隊に知っておいてほしいこと等を記入してください）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |



記入が終わったら、このシートをキットの中に入れて冷蔵庫に保管しましょう。