

氏名(ふりがな)	生年月日	性別	血液型
()	大・昭・平 年 月 日	男・女	Rh(+-)型
住所		電話番号	
三条市			

<緊急時の連絡先>

氏名(ふりがな)	続柄	電話番号	住所
()		自宅 携帯 勤務先等	
()		自宅 携帯 勤務先等	
()		自宅 携帯 勤務先等	

<かかりつけ医療機関>

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②	かかりつけ医療機関③
名称 (診療科目)			
担当医師			
電話番号			
持病 (既往歴)	アレルギーの有無: なし・あり()		

<支援機関等> 居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、相談支援事業所等

事業所名	担当者名	所在地・電話番号

<その他>

救急隊員や医師へ伝えたいこと、知っておいてほしいこと	
----------------------------	--

私が回復が難しいと考えられる病状になり、意思表示が困難な状況になったときの要望

- 延命措置を希望する。
 延命措置を希望しない。
 苦痛を少なくすることを重視してほしい。
 家族・親族に任せる。(氏名:)
 その他 ()

連絡先: ()
本人署名

救急医療情報カード



このカードに記載してある情報は、急病、事故、災害等による緊急時に、救急隊員、医療機関等の支援機関が御本人の生命・財産を守るために活用するためのものです。それ以外には使用しないでください。

カードの記入と保管場所

記入例や「カードの記入の仕方」を参考に、カードに必要事項を記入し、四つ折にして「救急医療情報カード」の文字が見えるように保管用のビニール封筒に入れ、**自宅の冷蔵庫の扉に貼り付けてください。**

留意事項

- ◆ カードに記入して冷蔵庫に貼り付けたことをもって、**緊急時に救急隊等の第三者がこの情報を活用することに同意したものとみなします。**
- ◆ 記載した**情報に変更があったときは、必ず内容を書き換えてください。**古い情報のままですと、緊急時に適切な対応ができない可能性があります。
- ◆ 救急搬送する際や治療の際には記載してある内容を参考にしますが、病状によってはかかりつけ以外の医療機関に搬送される場合もありますので、御了承ください。

