

救急情報共有シート

作成日

作成者

※このシートは1年1回作成し、常に最新の情報を維持してください。

◆ 人定情報

フリガナ 氏 名		性 別	
生年月日		年 齢	歳
住 所			

◆ 医療情報

現病・既往			
内服薬	※お薬手帳がある場合には記入不要です。要請時に持参してください。		
アレルギー			
かかりつけ または 協力医療機関	医療機関名	主治医師名（診療科目）	緊急時連絡先

◆ 普段の生活

会話		歩行	
食事		トイレ	

◆ 緊急時連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号

◆ その他、救急隊に伝えたいこと

病院連絡	済 ・ 未	医療機関名	
------	-------	-------	--

※このシートは、救急業務以外で使用することはありません。