

記入例

□年 □月 △日作成
年 月 日変更

医療情報用紙

氏 名	生年月日	性 別	血液型
浦添 太郎	S □年 □月 △日	男・女	A 型 (RH + -)
電話番号	住 所		
〇〇〇-〇〇〇〇	浦添市安波茶〇〇〇		
健康保険証	記号 浦国	番号	〇〇〇〇〇〇
	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②	
名 称	〇〇病院		
診療科及び担当医	内科 〇〇 〇〇先生		
所在地	浦添市〇〇〇〇		
電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇		
緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	住 所
(1) 浦添 花子	子	〇〇〇-〇〇〇〇	浦添市〇〇〇〇
(2)			
服薬内容		持病や既往歴など	
		高血圧	
その他 救急隊員への伝言など	※伝言があれば記入してください。		
指定居宅介護支援事業	所在地	電話番号	
※記入してください	※記入してください	※記入してください	
同意欄	本紙に記載している内容や同封の書類情報等を、救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。		
	本人氏名	浦添 太郎	代筆者氏名 浦添 花子 続柄(子)

※医療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。

住所は、アパート名、部屋番号までご記入ください。

服薬内容は、薬剤情報提供書やおくすり手帳の写し、薬袋などを同封しても構いません。